

L'ODONTOLOGIE

ET LA

REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A. Majesté et L. Bouchardeau

15e Année, 2e Série. Vol. II

L'ODONTOLOGIE

ET LA

REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

Organe de l'Association générale des Dentistes de France
de l'École dentaire de Paris
et de la Société d'Odontologie de Paris

Directeur : Paul DUBOIS

Professeur à l'École dentaire de Paris,
Président de l'Association générale des Dentistes de France.

TOME XV

SIÈGE SOCIAL :

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, 57, rue Rochechouart

RÉDACTION ET ADMINISTRATION :

PARIS, 2, rue d'Amsterdam, PARIS

15e ANNÉE. JANVIER 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. No 1

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ART DENTAIRE AUX ÉTATS-UNIS [1]

PAR MM. GODON et A. RONNET.

Tout est grand de l'autre côté de l'Atlantique. La nature et les hommes y procèdent sur une échelle grandiose. Notre modeste chute du Rhin à Schaffhouse y devient le Niagara ; dans l'ordre économique, nos conflits industriels, toujours plus ou moins localisés, confinent dans ce pays à de grandes guerres sociales comme on vient de le voir à l'occasion de la grève de Chicago. Faire grand « *the largest of the world* », telle semble être la devise du Nouveau-Monde dans l'ordre matériel et dans l'ordre intellectuel. Il semble que ce peuple ait pour but d'étonner la vieille Europe par l'ampleur de ses conceptions, mises au service d'une énergie et d'une vitalité vraiment surprenantes. Dans l'ordre matériel, nous avons constaté que les villes naissent, grandissent, se métamorphosent rapidement par la seule force de l'initiative privée. Les chemins de fer s'y développent d'une manière prodigieuse ; dix-sept lignes de chemin de fer, desservant les Etats confédérés, aboutissent à Chicago. Les maisons même atteignent des hauteurs vertigineuses : on en rencontre qui n'ont pas moins de vingt-deux étages, contenant près de trois mille personnes, dont 25 dentistes ! Toutes les inventions modernes sont utilisées pour le plus grand profit des habitants. De tous côtés on applique l'électricité à tous les besoins ; toutes les forces de la nature sont mises en jeu et attestent la puissance de cette grande nation.

Il en est de même, dans l'ordre intellectuel et scientifique : toutes les sciences ont pris un développement considérable aux Etats-Unis sous l'impulsion d'hommes éclairés, de travailleurs infatiga-

1. CONCLUSIONS du *Rapport adressé au Ministre de l'Instruction publique sur l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire aux Etats-Unis.*

bles. L'émulation est entretenue par le livre, le journal et l'association. Dans chaque branche on sent que tous les efforts convergent vers un but déterminé et élevé. Le progrès est constamment l'objectif de tous les efforts accumulés, de la part d'hommes de toutes classes et de toutes conditions sociales. La marche en avant est le trait caractéristique de tout ce peuple, sans cesse dominé par l'idée de faire de mieux en mieux, comme l'indique sa devise caractéristique: « *Go ahead* ». Certes, les Américains sont tributaires de la civilisation de l'ancien continent, mais ils en ont profité. Cependant il faut reconnaître que, s'ils n'ont pas fait complètement table rase des errements de ceux qui les ont précédés dans le mouvement de civilisation, ils ont su, du moins, simplifier l'organisation sociale, politique et administrative. L'effort personnel, l'initiative privée est un puissant levier entre les mains de ces hommes hardis, intrépides, aventureux même et déterminés. Les appétits, le goût du bien-être matériel les rendent d'autant plus entreprenants, et cette puissante machine est mise en mouvement par le libre jeu des intérêts individuels, sans l'intervention des pouvoirs constitués.

Dans un pays où les individus sont doués d'une si grande puissance d'action, l'exposition de Chicago ne pouvait manquer d'offrir un grand intérêt à tous ceux qui s'occupent d'art, de science, d'industrie et de commerce. Pour nous, qui avions pour mission de nous rendre compte spécialement des progrès de l'art dentaire aux Etats-Unis, nous avons trouvé un champ d'exploration très vaste. Nous avons été émerveillés des développements considérables qu'a pris la science odontologique dans ce pays, et de l'importance de l'organisation professionnelle. Les dentistes y sont fort nombreux, leur nombre dépasse dix-sept mille, et cela au grand avantage de l'émulation et de l'activité professionnelle et scientifique. Nous ne pouvons nous empêcher de mettre en parallèle le chiffre comparativement restreint offert par la statistique de notre pays, qui atteint à peine le chiffre de trois mille. Ajoutez à cela qu'ils jouissent d'une très grande considération, due à leurs connaissances scientifiques, à leur érudition, à leur habileté technique et à leur complète organisation professionnelle au triple point de vue matériel, intellectuel et moral.

Nous avons vu, dans un chapitre spécial, la législation dentaire propre à chaque Etat. On peut dire aujourd'hui que tous les Etats confédérés ont édicté une loi sur la matière.

La dernière en date est celle relative à l'Etat de Wyoming (1893).

Il existe des différences essentielles entre toutes ces lois, bien qu'elles s'harmonisent sur la majeure partie des points. Il importe de signaler que quelques Etats exigent du dentiste la possession du diplôme d'une des écoles dentaires américaines (D. D. S.), tandis que d'autres, et c'est presque la généralité, se contentent d'un examen technique plus ou moins compliqué passé devant un jury spécial d'examen (Board of examiners) composé de dentistes.

La vie professionnelle se manifeste, en Amérique, par les Sociétés dentaires qui sont en grand nombre. Elles jouent un rôle très im-

portant dans l'organisation et la direction de la profession. Ces sociétés ont une existence propre, des règlements quelquefois approuvés par le pouvoir législatif de l'Etat où elles fonctionnent. Elles sont souvent chargées de l'application et de l'exécution stricte de la loi de réglementation. Nous nous sommes occupés de leur constitution intime dans un chapitre spécial. Disons tout de suite qu'elles se divisent en trois classes :

1° Les grandes associations nationales, au nombre de 8 ;

2° Les associations communes à plusieurs Etats, au nombre de 8 ;

3° Les Sociétés particulières à chaque Etat, ville ou district, au nombre de 145. Plusieurs de ces sociétés coexistent dans la même ville. On en compte 12 pour la seule ville de Chicago, et 14 à New-York.

Nous arrivons donc au total de plus de 160 sociétés dentaires pour l'ensemble des Etats-Unis. Quelques-unes de ces sociétés se réunissent annuellement, d'autres trimestriellement, d'autres mensuellement. Elles forment pour ainsi dire « le grand conseil, les conseils régionaux, et les conseils de district ». Toutes sont placées sous la sauvegarde du *Code of ethics*, sorte de code moral professionnel destiné à maintenir une forte discipline parmi les membres groupés en associations. Nous avons vu la méthode très ingénieuse employée par les Américains pour faire pénétrer dans tous les membres du grand corps professionnel américain l'observance de ce code qu'ils se sont imposé à eux-mêmes. Cette forte discipline, à laquelle chaque dentiste doit s'astreindre à moins d'exclusion, assure une grande considération à tous nos confrères de l'autre côté de l'Océan. Ceux qui vivent en dehors de toutes ces associations sont frappés d'un certain discrédit, on les appelle les *black legs* de la profession.

La littérature professionnelle est très étendue. Elle comprend de nombreux ouvrages d'art dentaire parmi lesquels il convient de citer : l'*American system of dentistry*, ouvrage très complet, publié sous l'inspiration de l'Association nationale des facultés dentaires, et destiné aux étudiants dentistes. Chaque société publie tous les ans, en un volume spécial, le compte rendu de ses travaux ; enfin il y a diverses publications périodiques sur l'art dentaire qui sont au nombre de 17. Les unes sont publiées aux frais des fabricants de dents ou d'instruments dentaires ; d'autres sont constituées par des groupes de dentistes. Ces différents journaux sont fort répandus aux Etats-Unis et ont de nombreux abonnés. Nous avons passé une revue des journaux les plus importants dans l'article sur la presse et la littérature professionnelle.

Nous avons dit aussi que l'enseignement de l'art dentaire est donné dans des Ecoles professionnelles au nombre de 52. Elles sont indépendantes de l'Etat. Du reste, il n'y a pas d'Ecoles dentaires d'Etat, l'enseignement est libre et complètement laissé à l'initiative privée.

Certains de ces établissements sont de véritables entreprises commerciales produisant quelquefois des bénéfices assez importants, étant donné l'habitude de faire payer les malades soignés

par les étudiants. La plupart des Ecoles sont fondées par quelques dentistes qui ont mis en commun leurs capitaux et leur savoir ; malheureusement quelques-uns de ces fondateurs ne sont pas toujours inspirés uniquement par des préoccupations scientifiques, et l'esprit de lucre et de spéculation n'est pas toujours étranger à la création de l'entreprise.

D'autres écoles sont fondées par des Universités richement dotées, par addition de l'étude de l'art dentaire au cadre des branches de leur enseignement, comme l'Ecole dentaire de l'Université de Harvard à Boston, ou de Pennsylvanie à Philadelphie.

La valeur de ces établissements est variable. Aussi, pour les maintenir à un niveau constant, les Américains ont compris qu'il fallait surveiller les programmes d'études. De là l'origine de la « *National association of dental Faculties* », chargée de réglementer uniformément les conditions d'admission, d'études, etc.

De plus, ils ont décidé de ne considérer comme respectables (*reputable colleges*) que les Ecoles dont le cours d'instruction est conforme aux prescriptions de leur *National board of Examiners.* Ces deux Sociétés sont aux Ecoles dentaires ce que l'*American dental Association* est aux Sociétés dentaires, une sorte de grand conseil de discipline.

Comme on le voit, l'organisation de la profession de dentiste, telle qu'elle existe aux Etats-Unis, est très complète et très intéressante. La direction de la profession est aux mains des dentistes pour la police, l'enseignement et l'association ; les résultats paraissent des plus favorables à cette organisation, si l'on considère l'activité considérable qui règne dans cette profession depuis 50 ans, les progrès qui ont été réalisés, la réputation très justifiée des praticiens qu'elle a produits, la considération dont ils jouissent, et les bénéfices qui résultent pour le public des soins dentaires mis à la portée de tous. Le développement constaté, en 1887, dans ce pays par MM. Dubois et Kuhn, lors de leur voyage, a continué à suivre une progression ascendante ; ainsi les écoles, qui étaient à cette époque au nombre de 28, sont aujourd'hui au nombre de 52, et les dentistes, de 15.000 sont au nombre de 17.000.

Ce rapport a pour but de reproduire aussi fidèlement qu'il est possible l'état actuel de la dentisterie aux Etats-Unis. Nous ne croyons pas, dans notre mouvement d'admiration pour les progrès réalisés, en avoir exagéré l'importance et l'étendue. Si nous recherchons quelle est la cause d'un si grand mouvement, non seulement dans cette branche qui nous est commune, mais encore dans tout le domaine scientifique, nous répondons : Ce mouvement est uniquement dû à l'initiative privée. C'est l'initiative privée qui crée, transforme, modifie les institutions américaines, et cela d'autant plus facilement qu'un règlement d'ordre intérieur se prête beaucoup mieux à l'idée d'une modification qu'une loi qui ne peut tout prévoir. En Europe, nous sommes plutôt habitués à attendre tout de l'Etat-Providence ; mais l'Etat ne peut suffire à cette fonction universelle, et la somme d'efforts que nous faisons pour réclamer son interven-

tion ne produit pas des effets aussi utiles que si nous les dépensions au profit des intérêts publics. L'initiative privée ne se manifeste pas seulement sous la forme du concours intellectuel donné par certains citoyens en vue du développement de la science en général, dans ce pays ; non, elle réside encore, et cela d'une manière très effective, dans la générosité des Américains envers les établissements d'instruction à tous les degrés. Il faudrait un volume pour citer tous les noms des donateurs qui ont attaché leur nom à des fondations princières, à des œuvres durables, utiles à la communauté, dans le but d'enrichir le patrimoine de la science et d'attirer la gloire sur leur patrie. On ne recule devant aucune dépense quand il s'agit de doter un établissement utile ; à la générosité personnelle et discrète vient s'ajouter la générosité publique par les souscriptions quand le besoin s'en fait sentir. On conçoit qu'avec de tels moyens matériels et moraux, l'Amérique doit tenir une place importante parmi les nations instruites.

L'impartialité que nous voulions apporter dans notre jugement nous commandait de relater toutes nos constatations et d'en tirer les conséquences qui nous paraissent justes et utiles à faire connaître. Cette même impartialité nous oblige aussi à faire une distinction profonde entre l'attitude des Américains en Amérique, et celle des Américains hors de l'Amérique.

Pas une profession, en Europe, n'a été représentée autant que la nôtre par des Américains. C'est à ce point que l'on a pu s'imaginer un instant que les *American dentists* avaient le monopole de la dentisterie dans le monde. Nous nous voyons obligés, bien à regret, de constater qu'autant le dentiste américain d'Amérique a fait preuve de désintéressement, de dévouement à la chose commune, d'abnégation de lui-même quand les intérêts vitaux de sa profession étaient en jeu, autant l'Américain d'Europe est le plus souvent resté étranger aux développements, aux progrès de notre profession, à part quelques exceptions fort honorables, comme le D[r] Miller de Berlin, par exemple. En France surtout ils se sont tenus jusqu'ici presque tous systématiquement à l'écart de tout ce qui a été fait depuis 15 ans autour d'eux, au lieu d'apporter à la rénovation professionnelle, qui s'est opérée chez nous, le concours éclairé que leur éducation dentaire leur faisait un devoir de donner à leur pays d'adoption. Le plus grand nombre d'entre eux ont été aux dentistes américains d'Amérique ce que les dentistes docteurs en médecine étaient aux véritables médecins, c'est-à-dire des hommes avant tout préoccupés du désir de s'enrichir à l'aide d'un titre, dont ils se réclamaient sans se souvenir des devoirs qu'il comportait. Aussi l'éducation et l'organisation professionnelle se sont-elles faites sans eux, presque en dehors d'eux, et même, disons le mot, presque contre eux, non seulement en France, mais dans presque tous les pays d'Europe. Espérons qu'il n'en sera pas toujours ainsi. En attendant, la dentisterie française, qui peut aujourd'hui revendiquer une situation scientifique égale à la leur, saura toujours faire une distinction entre ceux qui, par leurs bons exemples et leur dévouement, ont servi à

l'essor de leur profession, et ceux qui se sont renfermés dans une indifférence intéressée, quelquefois hostile.

Grâce à nos efforts, nous pouvons aujourd'hui apprécier les méthodes étrangères, suivre avec intérêt les programmes d'enseignement, les comparer aux nôtres, échanger nos idées avec nos confrères d'Amérique et d'ailleurs ; nous pouvons maintenant marcher de pair avec eux et vivre avec eux en communauté d'action. Si les Américains ont tracé notre voie depuis cinquante ans, nous ne devons pas oublier, comme nous le montrions au début de ce rapport, que ce sont des dentistes français qui furent au siècle dernier leurs premiers instructeurs ; nous les suivons maintenant pas à pas dans le sentier du progrès. C'est pour les mieux connaître que nous avons accepté l'honneur d'aller leur rendre visite chez eux. C'est pour les faire connaître tels qu'ils sont, ou tout au moins tels qu'ils nous ont apparu, que nous avons rédigé le présent rapport. Nous avons accompli notre tâche avec la plus grande sincérité. Nous aurions considéré comme indigne de nous d'atténuer par suite de considérations mesquines les sentiments d'admiration qu'ont fait naître chez nous les institutions américaines et l'étonnement que nous avons éprouvé en voyant l'ardeur et l'énergie qu'ils déploient pour les perfectionner sans cesse.

Enfin, nous avons voulu par cet exposé mettre en lumière les résultats qu'ils ont obtenus, et les moyens par eux employés, afin de maintenir en éveil parmi nos confrères français les sentiments de louable émulation auxquels nous devons, depuis ces quinze dernières années, la rénovation de la science odontologique en France.

C'est la loi du progrès.

CONSIDÉRATIONS SUR DEUX CAS DE FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. P. Martinier,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 4 décembre 1894.)

J'ai l'honneur de vous présenter deux cas de fracture du maxillaire inférieur que j'ai soignés à la clinique de l'Ecole. J'ai obtenu dans les deux cas, comme vous le verrez, un résultat excellent.

Dans de précédentes communications, je me suis étendu sur les indications et sur la construction des différents appareils contentifs. Je me bornerai donc ce soir à vous donner lecture des deux observations, en les faisant suivre de quelques réflexions que m'a inspirées le traitement de ces fractures.

Observation I

Fracture simple du corps du maxillaire inférieur. — Absence de traitement pendant 20 jours. — Pose d'un appareil contentif. — Consolidation complète 30 jours après.

Mme L., 31 ans, blanchisseuse, se présente à la clinique de l'Ecole dentaire le lundi 24 septembre 1894.

Le 2 septembre cette malade a fait une chute sur le menton d'une hauteur d'environ 1 mètre. A l'examen on trouve une fracture du maxillaire inférieur de cause directe, siégeant à la partie antérieure droite du maxillaire. Le trait vertical passe entre la canine et l'incisive latérales inférieures. Les bords osseux sont taillés en biseau d'avant en arrière aux dépens de la table interne du maxillaire.

Le fragment antérieur est peu déplacé, il est légèrement abaissé. Le symptôme dominant est une déformation de la face au niveau du bord inférieur de la fracture, causée par un des fragments qui forme saillie.

Les dents antérieures ne s'articulent plus avec les dents antagonistes supérieures et un léger vide les sépare, lorsque la malade ferme la bouche. La malade s'est présentée, le 6 septembre, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et y est retournée tous les deux jours pour s'y faire soigner. Le traitement institué consistait en pansements humides et en un bandage en toile qui immobilisait les mâchoires.

Elle se plaint de douleurs très vives dans la région fracturée ; la mastication est impossible et la malade est obligée de se nourrir d'aliments liquides ; elle dort peu ou même ne dort pas depuis l'accident.

Nous constatons la mobilité absolue des fragments, mais quoique cette fracture date de 20 jours, il n'y a pas de suppuration.

Tout d'abord, je fis des irrigations aussi profondes qu'il était possible dans le foyer de la fracture avec une solution d'hydrate de chloral à 2 0/0. L'empreinte fut prise le jour même ; le lendemain je fis la réduction de la fracture et j'appliquai l'appareil.

La réduction fut assez facile. L'appareil consistait en une simple gouttière en caoutchouc vulcanisé emboîtant toutes les dents du maxillaire jusqu'au bord alvéolaire. De nombreux trous percés à l'aide du foret monté sur le tour y étaient pratiqués pour permettre les lavages et irrigations antiseptiques.

L'appareil était fixé à l'aide de fils de platine très minces qui entouraient le collet *interne* des dents solides et étaient attachés à la paroi externe de la gouttière.

Je fis faire à la malade de fréquents lavages sous l'appareil et dans la fracture avec la solution indiquée tout à l'heure. Dès le lendemain, diminution considérable de la douleur.

Le 30 septembre la malade a pu prendre des aliments demi-solides et, quelques jours après, la mastication pouvait se faire d'une manière suffisante.

J'ai revu le sujet tous les huit jours et, le 24 novembre, j'ai enlevé définitivement l'appareil. La consolidation était complète et l'articulation parfaitement rétablie.

En promenant le doigt sur le trajet de la fracture, vous constaterez la présence d'un cal ; mais la déformation de la face qui existait avant la pose de l'appareil a complètement disparu.

Observation II

Fracture compliquée du maxillaire inférieur sur un sujet syphilitique. — Absence de traitement pendant 25 jours. — Suppuration abondante du

foyer de la fracture. — Séquestres multiples. — Antisepsie locale. — Application d'un appareil contentif. — Enlèvement des séquestres. — Guérison.

M. L..., 45 ans, garçon de magasin, se présente à la clinique de l'École dentaire le 11 août 1894.

Le 17 juillet dernier, en voulant porter une charge sur ses épaules, un corps pesant lui est tombé sur le maxillaire inférieur.

Le lendemain il est allé trouver un médecin qui lui a délivré un certificat dont voici la copie :

Je soussigné, docteur-médecin, certifie que M. L... est atteint de fracture complète du corps du maxillaire inférieur, que le trait de la fracture vertical paraît siéger entre la canine et la dernière incisive droite et qu'il est urgent que ce malade entre à l'hôpital pour y recevoir les soins nécessaires, attendu qu'il est seul et n'a pas les ressources voulues pour un traitement à domicile.

Paris, le 18 juillet 1894.

Dr X.

Muni de ce certificat, le malade s'est présenté à la consultation de l'hôpital Lariboisière, où on se borna à lui prescrire des lavages antiseptiques.

Voyant que son état ne s'améliorait pas, le malade se décida à venir à la clinique de l'Ecole où nous constatâmes, en effet, une fracture complète du maxillaire inférieur de cause directe, siégeant à la partie antérieure, au niveau de la canine et de l'incisive latérale.

Le trait, vertical d'abord, s'étend obliquement à droite. L'incisive centrale et l'incisive latérale droites manquent. Le malade nous déclare les avoir enlevées lui-même avec les doigts.

Il existait au niveau du foyer de la fracture une suppuration abondante et fétide, et une tuméfaction considérable s'étendant principalement du côté du plancher de la bouche, dont la muqueuse était soulevée assez fortement à cet endroit.

Déplacement très accentué du fragment gauche tiré en bas par les muscles sus-hyoïdiens.

L'articulation n'existe plus pour tout le fragment gauche.

L'état général du malade n'est pas très satisfaisant.

Les antécédents ne sont pas favorables.

Il a contracté la syphilis vers 1875.

Depuis, il a eu divers accidents qui l'ont obligé à rentrer à l'hôpital Saint-Louis en 1879, puis en 1890 et en 1893.

Il se plaint de douleurs très vives au niveau de la fracture et, comme chez le précédent malade, il y a impossibilité de mastication et perte absolue de sommeil.

Traitement. 11 août. — Irrigations abondantes du foyer de la fracture, et enlèvement de petits séquestres. Prise des empreintes. — 13 août : Réduction difficile de la fracture et pose d'un appareil contentif.

Cette fois, comme le déplacement était plus considérable, je construisis une gouttière métallique en alliage dentaire avec de nombreux trous pour les lavages et les irrigations. L'appareil fut fixé comme celui de l'observation n° 1, avec des fils de platine passés entre les dents solides.

Le 16 août, le malade accuse une diminution de douleur. La suppuration est toujours abondante.

Le 18, disparition du phénomène douleur. Le malade prend des ali-

ments demi-liquides et commence à pouvoir se servir de son appareil pour mastiquer. La suppuration continue.

Le 20, le malade se plaint d'un picotement très vif dans la plaie. J'explore le foyer avec un stylet et j'extrais un séquestre très mobile d'environ 2 centimètres de longeur sur 1 de largeur appartenant à la table externe du maxillaire vis-à-vis la canine et l'incisive latérale.

Le 22, la suppuration diminue. Le malade broie parfaitement la viande et les aliments solides.

Le 1[er] septembre, extraction d'un séquestre moins grand que le précédent.

Le 3 septembre, plus de suppuration ; le malade déclare ne plus sentir l'appareil, qui ne le gêne en aucune façon.

Le 15 septembre, je retire l'appareil pour me rendre compte de l'état de la fracture. Je constate un commencement de consolidation.

Le 25 septembre, je retire de nouveau l'appareil, la consolidation est presque complète et le cal est volumineux.

Le 22 décembre, l'appareil est retiré définitivement. La consolidation est parfaite et existe depuis longtemps déjà, mais le malade est resté 2 mois sans venir me voir, prétextant qu'il mangeait aussi bien avec son appareil qu'avec ses dents. L'articulation des dents entre elles est rétablie d'une manière irréprochable et il n'existe aucune déformation faciale.

J'appelle votre attention sur ce fait exceptionnel que, dans ces deux cas de fracture qui ont été traités à quelques jours de distance, le trait de fracture siège exactement au même endroit, et que, dans chacune, il sépare l'incisive latérale et la canine inférieures droites.

Toutes les deux sont de cause directe, mais produites par un traumatisme différent.

Pour la 1[re] observation, c'est une chute sur le menton d'une certaine hauteur.

Dans la 2[e], c'est le choc d'un corps pesant qui est venu frapper la partie antérieure du maxillaire, alors que la tête était renversée.

L'une était simple, l'autre était compliquée.

La 1[re] n'a demandé qu'environ 30 jours pour la consolidation complète, tandis que pour la seconde, l'appareil a été porté du 11 août au 2 décembre, c'est-à-dire pendant presque 4 mois. Il y a lieu de vous donner à ce sujet quelques explications.

Je vous ai dit que le malade était resté depuis le 27 septembre sans venir me trouver. Or, si le 25 septembre la fracture était en grande partie consolidée, je suis entièrement fondé à pouvoir dire que la consolidation était complète vers le 15 octobre.

Du 13 août, jour de la pose de l'appareil, au 15 octobre que je prends comme date de la consolidation complète, il n'y a que 62 jours, c'est-à-dire le temps moyen que demandent les fractures dont la consolidation est retardée par la suppuration, l'élimination de séquestres nombreux, et une perte de substance assez étendue.

Pour ces deux observations de fractures, nous sommes d'accord avec M. Martin, de Lyon, qui fixe la durée moyenne de la consolidation à 30 ou 35 jours pour les fractures simples, et à 60 jours et au-dessus pour les fractures compliquées.

M. Poinsot, à une séance de la Société d'Odontologie dans laquelle je présentais un cas de fracture du maxillaire inférieur traité avec succès, avouait avoir éprouvé un échec par non-consolidation. Il attribuait sa non-réussite à l'état syphilitique du malade. Quoique le sujet que je vous présente soit syphilitique, j'ai été assez heureux pour que vous puissiez constater un succès complet. La réparation et la consolidation se sont faites lentement, mais sûrement.

Je ferai remarquer qu'avant de se présenter à la clinique de l'École dentaire de Paris, ces malades ont été examinés dans les services de chirurgie des hôpitaux (l'un d'eux même y avait été adressé avec un certificat), et qu'on les avait en quelque sorte abandonnés, car on ne peut appeler traitement les lavages de bouche avec un antiseptique aussi faible que l'acide borique chez l'un et des applications de compresses chez l'autre.

Sans notre intervention, ces malades étaient peut-être voués à la pseudo-darthrose ou tout au moins à une consolidation vicieuse.

Je sais bien que très souvent les fractures du maxillaire inférieur se guérissent toutes seules, mais combien avec consolidation vicieuse, alors que le but ultime auquel on doit viser est de rendre à ce maxillaire sa forme primitive et de réussir à conserver à l'arcade dentaire les rapports avec l'arcade opposée qui existaient avant la fracture.

M. Martin, de Lyon, à qui revient l'honneur d'avoir combiné et appliqué l'appareil le plus perfectionné pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur, a publié, en 1887, dans la *Revue de Chirurgie*, les résultats de 42 observations de fracture du maxillaire inférieur traitées avec des appareils dans différents services des hôpitaux de Lyon.

Il y a lieu d'appeler votre attention, à propos de ces observations, sur un fait qui m'a frappé moi-même dans les différentes fractures que j'ai traitées.

M. Martin constate que le phénomène douleur disparaît *toujours* après la pose de l'appareil, quand ce n'est pas le lendemain même.

C'est là un des grands avantages des gouttières moulées sur ses modèles que l'on reconstitue d'après l'articulation des deux arcades dentaires à l'état normal.

Quoique, dans la majorité des cas, la construction et la rétention de ces appareils soient d'une simplicité réelle, ils exigent cependant l'habileté manuelle et la technique particulière du dentiste.

C'est du reste une des raisons qui, indépendamment de la question humanitaire qui doit primer toutes les autres, me poussent à préconiser leur application en vous présentant, chaque fois que j'en ai l'occasion, les résultats obtenus grâce à leur emploi.

D'ailleurs rien ne prouvera mieux la nécessité de notre intervention que les observations que je viens de vous citer et celles que je vous présente, car si des malades comme celui qui fait l'objet de ma 2e observation vous déclarent que l'appareil ne les gênait en rien, s'ils le prouvent en négligeant pendant 2 mois de venir le faire retirer, c'est que réellement ils ne trouvaient pas de grands inconvénients à le garder.

Par l'antisepsie la plus large que nous permettent les trous destinés aux irrigations antiseptiques dont sont munies ces gouttières, nous avons la faculté de pouvoir laisser ces appareils en place, au delà du temps nécessaire à la consolidation. C'est une supériorité évidente sur les appareils plus ou moins encombrants et rarement pratiques employés autrefois, car il arrivait souvent que, pour débarrasser le malade, on retirait prématurément l'appareil avant la consolidation complète, ce qui pouvait avoir comme conséquence le déplacement des fragments.

Comme chaque fois que j'ai présenté ici un cas de fracture, j'appuie sur les heureux résultats obtenus par la liberté laissée à l'articulation temporo-maxillaire. De par la liberté de l'articulation, nous nous plaçons dans des conditions à peu près semblables au traitement des fractures des os des membres inférieurs, avec mobilisation précoce du membre. Il est évident que l'antisepsie buccale peut être mieux assurée et l'état général du malade amélioré plus rapidement si l'articulation temporo-maxillaire peut fonctionner.

L'emploi de la fronde ou d'un appareil analogue ne peut se défendre que là où il y a des complications. Mais, dans les cas de fracture simple, unilatérale ou symphisaire, la gouttière construite par le dentiste est suffisante et même supérieure à tout appareil placé hors de la cavité buccale qui enlève à la mâchoire la possibilité de ses mouvements physiologiques.

Dans nombre de cas où l'on pourra avoir recours à la mentonnière combinée avec la gouttière, il y a toujours avantage à se servir de celle-ci, car, tout en laissant libre l'articulation, elle permettra de supprimer la mentonnière avant l'appareil interne qui maintiendra pendant longtemps encore les fragments et assurera la mastication sans danger de déplacement.

Quand on songe que les traités de chirurgie, même les plus récemment parus, donnent l'appareil de Houzelot et les moules en gutta-percha de Morel-Lavallée comme ressources pour les fractures du maxillaire inférieur, on est obligé de faire une constatation : c'est que l'art du dentiste, même par ses côtés mécaniques, n'est pas sans utilité en chirurgie, et c'est pourquoi je termine en exprimant le souhait qué beaucoup d'entre vous appliquent leurs connaissances prothétiques au traitement de cas semblables, chaque fois qu'ils en trouveront l'occasion.

DU FORMOL ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Extrait de la communication faite à la Société d'odontologie

Par M. de Marion,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

I

L'antisepsie dentaire dans ses rapports avec l'antisepsie chirurgicale.

La thérapeutique de la carie dentaire, définitivement entrée dans la voie de l'antisepsie à la suite des travaux qui ont établi la nature microbienne de cette affection, n'a pas eu jusqu'ici à enregistrer de résultats comparables à ceux obtenus en grande chirurgie. Quels que soient le nombre, la nature ou la diversité des antiseptiques employés, tous aboutissent finalement à des résultats douteux. Et, cependant, nous savons par les expériences de Miller que les antiseptiques usuels : sublimé, acide phénique, iodoforme, etc., exercent sur les microbes de la carie une action stérilisante de tous points comparable à celle exercée sur les autres espèces microbiennes. Ce n'est donc pas les antiseptiques qu'il faut incriminer.

Pour étudier le problème de l'antisepsie dentaire il nous faut envisager la question sous un aspect plus large et plus général. L'étude du pouvoir antiseptique, défini et mesuré par les expériences bactériologiques, n'est que l'un des éléments de la question. Un second facteur, très important à considérer, nous est fourni par le champ d'action de l'antiseptique, par le terrain à antiseptiser.

Ce n'est que dans ces derniers temps que cette notion du terrain, si particulièrement importante dans le cas qui nous occupe, est sortie du domaine confus des idées générales pour entrer dans la voie précise de l'expérimentation.

Avant d'aborder cette discussion, il est utile de montrer que le problème de l'antisepsie dentaire ne diffère pas essentiellement de celui plus général de l'antisepsie en thérapeutique chirurgicale. Ici, également, l'étude clinique d'un antiseptique s'appuie sur les deux éléments : *pouvoir antiseptique* du composé et *nature du terrain* à antiseptiser. Du premier de ces éléments nous ne dirons rien. Quant à la nature du terrain, pour montrer par un exemple comment elle intervient, prenons le sublimé.

On sait que ce produit est généralement employé au 1/1000e, en solution dans l'eau distillée. Quand, pendant une opération, on se sert de ce liquide pour faire des lavages, il prend contact avec les matières albuminoïdes, il est précipité à l'état de composé insoluble, en sorte qu'il ne reste plus que de l'eau distillée comme liquide antiseptique.

Mais si, comme on le fait depuis quelque temps, on ajoute à la solution une petite quantité d'acide tartrique, le phénomène de la

précipitation du sublimé par les matières albuminoïdes n'a plus lieu et le rôle de l'antiseptique est sauvegardé. Cet exemple justifie la préférence de chirurgiens éminents pour l'acide phénique qui, à côté de plusieurs imperfections, présente du moins quelques avantages et, notamment, celui de pouvoir être employé à dose massive.

En même temps que nombre de nos confrères, nous cherchons depuis longtemps à réaliser l'antisepsie en chirurgie dentaire, et nous croyons qu'elle peut être obtenue par un antiseptique ayant surtout pour propriété d'être absorbé par la substance de la dent.

Ce produit nouveau, d'une application facile, c'est l'*aldéhyde formique* ou *formaldéhyde*, qu'on désigne généralement sous le nom de *formol*.

II

Aperçu chimique sur le formol.

Le formol est le premier terme de la série aldéhydique. Sa formule est H-C O H. Il a été étudié cliniquement par Hoffmann, Boutlerow, plus récemment par MM. Trillat et Fayollat, et par M. H. Pottevin, qui a donné une méthode de dosage d'une exécution facile, en même temps que d'un effet bien déterminé.

Si nous prenons le formol à 45 0/0, qui nous paraît le mieux adapté à nos besoins, nous voyons que c'est un liquide incolore, d'une limpidité parfaite, de fluidité à peu près semblable à celle de l'eau. Son odeur est vive, pénétrante et très irritante pour la muqueuse olfactive. Il exerce, sur la peau ou les muqueuses, une action destructive violente, l'épiderme est mortifié, puis les couches superficielles du derme, et il y a formation d'une vaste escharre. Ceci oblige à quelques précautions dans son emploi.

A l'état de vapeur, il est excessivement irritant et sa diffusibilité est extrême. Il résulte des expériences de M. Trillat[1], pour la désinfection en grand par les vapeurs de formol, que le bois est pénétré par ces vapeurs. M. H. Pottevin a montré que les vapeurs émises par la solution aqueuse de formol à 40 0/0 traversent en 48 heures une couche d'huile d'olive de 3 centimètres d'épaisseur[2]. Cette grande diffusibilité est une des propriétés qui nous seront les plus utiles pour l'application de cet antiseptique à la thérapeutique dentaire.

Le formol, bien préparé avec de l'alcool méthylique pur, a tous les caractères requis pour l'emploi médical. Il n'en est pas de même du formol du commerce. Celui-ci, préparé avec de l'alcool méthylique impur (esprit de bois), contient non-seulement les impuretés de ce liquide (acide et éther acétiques, acétone, carbures, phénols, etc.), mais, de plus, les produits résultant de l'oxydation de ces impuretés et des réactions multiples qui interviennent entre tous ces corps et leurs dérivés.

---

1. *Académie des sciences*, 1er octobre 1894.
2. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894, page 808.

De plus, il résulte de dosages faits, à ma demande, par M. André, pharmacien, sur plusieurs échantillons de formols commerciaux que je lui avais remis, que le titre en formol pur n'est souvent que de 20 à 25 0/0, au lieu de 40 0/0 qui est le titre énoncé [1].

Les impuretés dont nous parlons ci-dessus interviennent dans le résultat du dosage, surtout les impuretés acides ou phénoliques, qui se combinent à l'ammoniaque employé pour le dosage, comme le formol, et donnent un titre beaucoup trop élevé si l'on n'a pas pris soin d'éliminer leur influence.

De tels produits doivent être rejetés de l'usage médical et ne servir qu'à la désinfection en grand.

III

Propriétés antiseptiques du formol.

Les premières expériences sur le pouvoir antiseptique du formol sont dues à M. Trillat et remontent à 1888. Depuis cette époque, beaucoup de bactériologistes se sont occupés de la question. Citons Aronson, Stahl, Berlioz, Schmitt, Wortmann, Béchamps, et surtout M. H. Pottevin qui a publié récemment à ce sujet un mémoire très complet [2].

M. Trillat [3] détermine la dose minima capable d'empêcher la décomposition de l'urine; puis, dans une autre série d'expériences, la dose stérilisante du bouillon. Les résultats obtenus sont supérieurs à ceux que donnent le sublimé : à 1 : 50000, la décomposition du bouillon subissait un arrêt très marqué; la stérilisation complète était atteinte à 1 : 12000.

M. Trillat fait remarquer que ses expériences, pour paraître un peu grossières, n'en étaient pas moins concluantes, parce qu'elles s'adressaient à une collectivité de germes très résistants, au lieu de s'adresser à une simple espèce de bactérie [4].

Dans le travail que nous signalons ci-dessus, M. H. Pottevin a fait une série d'expériences pour étudier l'action du formol sur les bactéries, les diastases et les animaux.

Dans un exposé d'une grande valeur, ce savant a rapporté les expériences qu'il avait faites sur la levûre de bière. Il cherchait à déterminer les doses de formol capables de stériliser ses cultures. Il ressort de ces expériences les conclusions suivantes : pour le formol, comme pour les autres antiseptiques, les doses capables d'arrêter la fermentation varient avec les quantités de cellules ensemencées ; ces doses sont toujours inférieures à celles que néces-

---

1. Pour ce qui concerne la partie chimique de ce travail, je me suis assuré le concours de M. André, pharmacien, et je lui adresse ici mes remerciements. C'est à son obligeance que je dois le formol dont je me sers pour mes traitements.
2. *Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1894.
3. *Journal de pharmacie et de chimie*, juin 1894.
4. *Loco citato.*

sitent des ensemencements plus larges, et, pour des ensemencements massifs, les doses stérilisantes s'élèvent d'une façon progressive.

On peut dire que, pour les microbes qu'il a étudiés (bactéridie charbonneuse, bacille de la diphtérie, bacille pyocyanique, bacille du choléra, bacille thyphique, bacillum coli, staphylocoque doré), la dose infertile est voisine de 5 centigrammes par litre, soit de 1 : 20000.

L'action sur les diastases a été particulièrement étudiée par M. Pottevin. Des faits qu'il a observés et qui se rapportent moins directement à notre sujet, nous ne donnerons que la conclusion :

« De ces faits, on est en droit de conclure que, si l'aldéhyde for-
» mique a une action directe sur les substances diastasiques, dont
» l'activité spécifique est amoindrie, puis supprimée, elle intervient,
» en outre, pour modifier l'état des corps sur lesquels agit la dias-
» tase et rendre plus pénibles les transformations qu'elle doit ac-
» complir. »

A la suite de l'examen du pouvoir antiseptique du formol, nous placerons quelques indications relatives à sa toxicité. Celle-ci est relativement faible : Aronson et Trillat l'avaient déjà dit. M. H. Pottevin confirme cette assertion et conclut que ce n'est qu'avec des doses supérieures à 0.25 par kil. d'animal, injectées sous la peau, et de 0.03 par kil. d'animal, injectées dans les veines, que les animaux meurent cachectiques au bout de quelques semaines.

S'il est peu toxique, le formol est, par contre, très irritant. En injections sous-cutanées, les solutions faibles, même à 0.50/100, produisent de vastes escharres. De même, les vapeurs de solutions très concentrées, respirées pendant longtemps, sont dangereuses : un cobaye, exposé pendant plusieurs heures aux vapeurs émises par une solution à 42/100, meurt en quelques jours (Pottevin, *loco citato*).

IV

Le formol comme antiseptique en chirurgie dentaire.

Il nous reste à faire l'étude raisonnée du terrain d'après l'application à la thérapeutique.

Un exposé qui se rattache intimement à notre sujet, c'est celui qui passerait en revue les conditions physiques des antiseptiques, conditions qui rendent possible ou impossible leur absorption par la dent dans son état d'imprégnation naturelle. Nous en dirons quelques mots. Le problème est celui-ci : Quels sont les caractères physiques d'un antiseptique qui rendrait cette absorption possible ? Quels sont les caractères qui rendent impossible l'absorption des antiseptiques actuels ?

L'antiseptique idéal serait celui qui joindrait à une très grande solubilité dans l'eau un pouvoir de diffusion considérable pour que, mis en présence des liquides *aqueux* contenus dans les canalicules,

il se répande dans ces liquides et les stérilise. Nous devons ajouter que sa puissance microbicide devra être considérable puisqu'il n'agira qu'après dilution dans ces liquides.

Passons rapidement en revue les principaux antiseptiques et voyons comment ils se rapprochent ou s'éloignent de ces conditions.

Les principaux antiseptiques employés en thérapeutique dentaire sont : le sublimé et les sels métalliques, les phénols (créoline, créosote, acide phénique, acide thymique, naphtol sodé, etc.), les essences, l'iodoforme, l'iode, l'eau oxygénée et le chloroforme.

Le sublimé, soluble dans l'eau, n'est pas diffusible. De plus, en contact avec les substances albumineuses ou avec les composés ammoniacaux qui résultent de la décomposition de ces substances, il donne avec eux des composés insolubles et non antiseptiques.

Il en est de même pour le permanganate de potasse qui, lui, est transformé plus rapidement et plus radicalement par ces mêmes substances.

Les phénols sont peu ou ne sont pas solubles dans l'eau, et leur diffusibilité est à peu près nulle. Les composés alcalins des phénols, tels que la microcidine ou naphtol iodé, sont solubles dans l'eau, d'une résistance chimique assez grande, mais dépourvus de diffusibilité.

Les essences, suffisamment diffusibles, ne sont pas solubles dans l'eau [1].

L'iodoforme est insoluble dans l'eau et très peu volatil.

L'iode est peu soluble dans l'eau, il est très diffusible, mais il est neutralisé par les matières albumineuses ou ammoniacales en donnant des composés mal définis et inertes.

L'eau oxygénée oxyde très énergiquement les matières organiques et sa destruction est totale.

Le chloroforme a été tout récemment l'objet d'une étude intéressante de M. Bonnard [2]. Dans son travail, M. Bonnard attribue au chloroforme des propriétés antiseptiques qu'il nous paraît difficile d'accepter sans réserves. Observons que ce produit est, il est vrai, très diffusible ; d'autre part, il est sans action sur les matières albu-

---

1. On avait fondé des espérances sur l'avenir des essences en thérapeutique dentaire. Le Dr David (in *Les microbes de la bouche*) conseillait d'en faire l'essai, à la suite des expériences bactériologiques de Chamberland, Cadéac et Albin Meunier (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1887).

Ces produits d'origine naturelle sont doués de propriétés antiseptiques vraiment remarquables. L'essence de cannelle de Ceylan est de toutes la plus puissante, et Chamberland la place au rang du sublimé.

Les essences ont été étudiées chimiquement par le Dr Championnière (*Journal de médecine et de chirurgie*, juin 1893). Elles ont donné d'excellents résultats comme topiques en chirurgie. L'éminent chirurgien de Saint-Louis dit qu'avec les topiques aromatiques, la cicatrisation est plus rapide, l'aspect de la ligne de réunion meilleur qu'avec les pansements iodoformés.

Nous avons nous-même appliqué ces topiques dans le cas, que nous rapportions ici même, dans la précédente séance, de délabrement osseux du maxillaire accompagné de suppuration abondante, et nous avons dit les résultats heureux que nous en avons obtenus.

2. L'*Odontologie*, novembre 1894.

minoïdes ou ammoniacales; il a, de plus, l'avantage de dissoudre les matières grasses; son principal inconvénient est d'être très peu soluble dans l'eau. Dans les cas de traitement de canaux, cités par M. Bonnard, nous nous rangerons à l'opinion de M. Meng qui pense que le forage des racines pour le placement des dents de Logan constitue une antisepsie mécanique qui semblerait justifier le résultat heureux de M. Bonnard.

Nous arrivons aux propriétés du formol au point de vue de l'antisepsie dentaire. Ce nouvel agent nous semble réunir les qualités principales de l'antiseptique idéal : il est soluble dans l'eau en grandes proportions (50 0/0); sa diffusibilité est extrême, ainsi que nous l'avons vu plus haut; les matières albuminoïdes sont sans action sur lui. Restent les produits ammoniacaux qui, par contre, s'unissent à lui et rendent son action à peu près nulle. Mais, au point de vue pratique, il est aisé de se débarrasser de ces produits, ou, tout au moins, de rendre très faible leur influence. De sorte que nous pouvons dire que le formol est appelé à réaliser les *desiderata* de l'antiseptique intra-dentaire. Nous allons voir, par les résultats obtenus pendant une année d'expérimentation, que la pratique a justifié nos prévisions.

V

Application du formol à la thérapeutique dentaire.

En novembre 1893, assistant à l'hôpital Saint-Louis à des expériences faites par M. H. Pottevin, préparateur de l'Institut Pasteur, sur le traitement des parasites de la teigne, nous fûmes frappé des propriétés éminemment antiseptiques et diffusibles de l'aldéhyde formique. Nous eûmes alors la pensée de l'appliquer au traitement des caries des 3e et 4e degrés. M. Pottevin, à qui nous fîmes part de notre projet, nous encouragea dans cette voie, et mit à notre disposition, pour les essais que nous voulions tenter, une solution à 33 0/0 de formol chimiquement pur, préparé par lui-même. C'est du 11 décembre 1893 que datent les premières expériences et les premiers pansements. Jusqu'au 21 février 1894, 42 observations de dents traitées par le formol ont été recueillies. Jusqu'à ce jour, c'est-à-dire un an après pour les premières et neuf mois après pour les dernières, aucune n'a présenté la moindre trace d'infection. Nous avons suivi tous les malades ayant subi ce traitement et nous les revoyons de temps en temps. Il nous eût donc été facile de constater la moindre infidélité du traitement.

Dès le mois de mars de cette année, nous avons employé exclusivement le formol dans le traitement des caries des 3e et 4e degrés. Dans le très petit nombre d'insuccès (six), nous ne pouvons pas incriminer l'antiseptique employé. L'état général et principalement des désordres locaux ne nous permettaient pas d'espérer de bons résultats. Dans certains des cas compris dans notre première série, les dents soignées offraient des difficultés de traitement considérables; entre autres, les cas de carie de la 2e grosse molaire

inférieure à la face distale ; les canaux radiculaires de ces dents n'avaient pas été débarrassés des débris pulpaires qu'ils contenaient.

La technique opératoire a varié suivant le degré de la carie :

1° Pour le 3e degré, c'est-à-dire lorsque la pulpe de la dent présentait des phénomènes d'irritation plus ou moins considérables, mais sans sphacèle de l'organe, la pulpe mise à découvert a été dévitalisée par l'acide arsénieux. Dès le deuxième pansement, la cavité, largement ouverte, est débarrassée de tous les vestiges de dentine ramollie ; la chambre pulpaire et les canaux radiculaires, si possible, sont nettoyés avec soin, et l'on enlève toutes les parties de la pulpe dévitalisée qu'on peut atteindre. La cavité, soigneusement détergée, soit avec de l'eau bouillie, c'est-à-dire aseptique, soit avec de l'eau oygénée, ce qui est préférable à cause de la destruction immédiate des produits ammoniacaux qui se combineraient avec le formol employé et affaibliraient son action,la cavité, disons-nous, ainsi préparée est fortement desséchée à l'air chaud. S'il est possible, on introduit dans les canaux radiculaires débarrassés de leur contenu des mèches imbibées de solution de formol à 33 0/0. Dans tous les cas, un tampon imbibé de la même solution est placé dans la chambre pulpaire sur l'ouverture des canaux, le tout est recouvert d'une obturation appropriée.

On pourrait craindre, étant donné les propriétés irritantes et caustiques du formol, qu'enfermé dans une cavité hermétiquement close il ne puisse fuser par ses vapeurs, irriter le ligament dans le voisinage de l'apex et déterminer ainsi une périostite consécutive. Cet accident ne s'est jamais présenté dans notre pratique. Nous serions tenté de nous expliquer cette circonstance heureuse par la faible tension de vapeur de la solution de formol qui ne lui permet pas de vaincre la plus légère résistance qu'elle peut trouver à l'apex.

Une explication supplémentaire nous viendra de ce fait que, le formol se propageant dans les liquides des canalicules dentinaires, la solution perd de son titre et, en même temps, de sa volatilité.

2° Pour les caries du 4e degré, c'est-à-dire lorsque la pulpe est détruite, au moins en partie, ou réduite à un putrilage sans consistance, dégageant l'odeur nauséeuse caractéristique de cette classe de carie, la cavité est largement nettoyée et minutieusement détergée à l'eau oxygénée. C'est dans ce cas surtout que l'eau oxygénée intervient comme un agent précieux pour la destruction des produits ammoniacaux et pour conserver au formol toute son activité. Des mèches à sec sont introduites dans les canaux accessibles jusqu'à ce qu'elles en sortent immaculées ; la cavité est alors fortement séchée à l'air chaud. Des mèches imbibées de formol sont introduites dans les canaux accessibles : un tampon imbibé de la même solution est placé dans la chambre pulpaire au-dessus de tous les canaux, et le tout est recouvert d'un tampon imbibé d'une solution alcoolique résineuse concentrée. Ce pansement est répété tous les deux jours, jusqu'au moment où il n'accuse plus d'odeur putride

ou nauséeuse, et où l'odeur seule du formol est putride. On procède alors à l'obturation définitive comme dans le premier cas.

Dans notre pratique, le nombre des pansements n'a jamais excédé sept ou huit. Et encore ce nombre de pansements n'a-t-il été nécessaire que dans quelques cas où certains canaux inacessibles étaient remplis de matières putrides.

Ce que nous avons dit de l'action des matières ammoniacales sur le formol nous explique pourquoi il faut recourir à plusieurs pansements pour arriver à une désinfection complète. L'eau oxygénée ne détruisant que la portion de ces matières qui recouvre la surface de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires, le formol, pénétrant dans les canaux dentinaires, se combine d'abord aux matières ammoniacales qu'il neutralise et ce n'est qu'après cette neutralisation qu'il exerce son action désinfectante.

Conclusions.

Le formol, par ses propriétés physiques et chimiques, par son pouvoir antiseptique et microbicide, nous semble appelé à remplacer tous les agents employés jusqu'ici en antisepsie dentaire.

Ses propriétés caustiques et irritantes, qui sembleraient être un obstacle à son emploi dans la pratique courante, sont en résumé absolument négligeables, étant donné les faibles quantités nécessaires pour les pansements. D'ailleurs, la muqueuse buccale a une tolérance particulière à l'égard de cet agent.

Les faits cliniques viennent à l'appui de notre dire et jamais nous n'avons eu de lésion par l'emploi du formol.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES CIMENTS DENTAIRES

Par M. G. Halphen.

(*Communication à la Société d'Odontologie.*)

Le nom de ciment est réservé à des préparations destinées à servir de lien entre des pièces solides et détachées.

Les ciments employés en art dentaire s'obtiennent toujours par le mélange de deux substances, l'une liquide, l'autre solide. Une portion de celle-ci réagit sur la totalité de celle-là pour fournir la substance liante proprement dite, tandis que l'excès de matière solide constitue les éléments solides et isolés que réunira la substance liante lorsque la réaction sera terminée, c'est-à-dire lorsque la prise sera effectuée.

Cette particularité est nécessitée par ce fait que les ciments dentaires ne sont pas employés uniquement pour relier divers éléments isolés, mais surtout pour obturer des cavités ou reconstituer des dents plus ou moins altérées.

Pour obtenir par leur emploi les résultats qu'il recherche, l'opérateur doit apporter la plus grande attention au choix du ciment et à sa préparation.

Comme notre intention n'est pas de vous faire une conférence sur l'histoire des ciments dentaires, nous nous bornerons à établir les conditions générales qui doivent présider à la composition d'un bon ciment et nous terminerons en indiquant les précautions particulières que son emploi exige.

Nous ne nous étendrons pas sur une préparation que la pratique n'a pas sanctionnée, et nous ne signalerons l'emploi des oxychlorures de zinc que pour mémoire. Ces sortes de ciments renfermaient à côté de l'oxyde de zinc et du chlorure de zinc, indispensables à la production de l'oxychlorure, des proportions variables de verre pilé et de borax. L'une de ces préparations, préconisée par Feichtinger, renfermait :

Chlorure de zinc à 1, 5 ou 1, 6 de densité......	50 c.c.
Oxyde de zinc................................	3 gr.
Verre porphyrisé.............................	1
Borax dissous dans le moins d'eau possible..	1

C'est toujours vers les sels de zinc que les chercheurs ont dirigé leurs efforts et c'est aussi en produisant des oxysels qu'ils ont cherché la réalisation du problème que leur posaient les dentistes.

L'emploi des oxyphosphates de zinc a donné des résultats fort appréciés par les divers manipulateurs et la résistance qu'ont présentée ces corps dans les divers milieux buccaux a démontré, mieux que la théorie ne l'aurait pu faire, combien la direction donnée aux recherches était bonne.

Cependant si des progrès ont été réalisés, il faudrait bien se garder de conclure que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, car tout est perfectible, et la préparation des ciments en particulier.

Chacun sait que l'emploi des ciments exige une attention spéciale du praticien, car loin d'avoir une prise uniforme et invariable, ils se comportent différemment suivant qu'on incorpore au liquide une proportion plus ou moins grande de poudre; la durée de la prise varie aussi avec la température du milieu ambiant et se trouve très notablement influencée par l'état hygrométrique de l'air au moment de sa préparation.

Il en résulte que, si les éléments du ciment ne sont pas convenablement choisis, l'opérateur ne pourra être sûr de réussir qu'autant qu'il apportera à la préparation non seulement une grande attention, mais aussi le résultat de son expérience personnelle.

Ayant eu l'occasion d'étudier cette question des ciments dentaires, je me trouve à même de vous donner aujourd'hui un exposé des conditions que l'on doit exiger d'un ciment et il m'est possible d'affirmer qu'on peut produire pratiquement des préparations peu sensibles à ces changements de température et d'hygrométrie, c'est-à-dire des substances facilement utilisables par le dentiste.

Comme tous les oxysels de zinc, les oxyphosphates prennent

naissance chaque fois qu'un excès d'oxyde de zinc se trouve en présence d'une quantité d'acide phosphorique insuffisante pour se combiner à la totalité de l'oxyde et donner par suite un sel neutre, mais toutes les conditions de formation de ces oxyphosphates ne sont pas également favorables à la production d'un ciment dentaire.

En effet, lorsque nous présentons de l'oxyde de zinc à de l'acide phosphorique, celui-ci se jette avidement sur celui-là jusqu'à ce que, ayant fixé la totalité de ce qu'il pouvait s'assimiler, il reste indifférent.

Mais, dans ce cas, nous n'arrivons pas à un bon résultat, car l'acide phosphorique fixe d'une façon si rapide l'oxyde qu'on lui fournit, qu'au lieu d'obtenir, comme on le désirait, une masse cohérente, uniformément résistante, on ne produit qu'une substance blanche, friable, ne répondant nullement au but que l'on se proposait. La raison en est simple : la réaction s'étant effectuée brusquement, il en est résulté un dégagement de chaleur considérable, capable de volatiliser une portion de l'eau que renfermait le liquide ; cette action, jointe à l'action mécanique de la dilatation brusque, a déterminé la division de la masse en une série de mamelons très durs, mais très friables.

Comme conclusion de cette première constatation, on devra s'attacher à diminuer l'intensité de cette réaction chimique, et l'on y arrivera en présentant à l'oxyde de zinc non pas de l'acide phosphorique pur, avide de base, mais un acide déjà partiellement rassasié, auquel on aura préalablement combiné une suffisante quantité du même oxyde.

Cependant, ce point n'est pas le seul que nous ayons à considérer, il en est deux autres dont l'importance est tout aussi grande et dont l'influence agit également sur les qualités du ciment fabriqué.

En premier lieu, il convient de signaler l'influence de l'eau. Cette eau ne se trouve pas dans l'oxyde que l'on peut considérer comme existant à l'état anhydre, mais elle accompagne infailliblement le liquide et même les cristaux. L'influence de l'eau dans les réactions chimiques est considérable ; son mode d'action se traduit, suivant les cas, par deux actions contraires : tantôt sa présence augmente l'activité chimique des corps réagissants, tandis que d'autres fois elle la diminue.

Plongeons, par exemple, un morceau de fer dans un des acides les plus énergiques, l'acide nitrique fumant, nous ne constatons aucune attaque, le fer reste au sein de l'acide sans subir, au moins d'une façon appréciable, l'attaque de l'acide. On dit alors que « le fer est devenu passif ». Mais si nous ajoutons à ce même acide une petite quantité d'eau, alors nous constatons une attaque énergique qui se traduit par la disparition graduelle du morceau de fer et par la mise en liberté dans l'atmosphère d'abondantes vapeurs brunes dites « vapeurs nitreuses ».

Cette influence de l'eau se trouve extrêmement marquée dans

l'action de l'acide phosphorique et des combinaisons acides de ce corps sur l'oxyde de zinc.

Le troisième facteur qui intervient est l'état de l'oxyde de zinc. Tel qu'on le trouve dans le commerce, ce corps, qui provient de l'oxydation par l'air du feu en fusion, constitue un corps poreux, léger, très blanc, auquel on donne le nom de blanc de zinc. En cet état, il constitue une poudre extrêmement attaquable par les acides, mêmes faibles, ne présentant aucune résistance mécanique, et par cela même très peu apte à constituer un bon ciment par son mélange avec l'acide phosphorique ou les phosphates.

Des résultats satisfaisants ne sont obtenus que si, grâce à certaines pratiques qui constituent les secrets des fabricants et qui sont de nature différente, on parvient à modifier à la fois et son activité chimique et son état physique.

Lorsque l'on a réalisé les conditions que nous venons d'énumérer, le problème n'est pas encore résolu, car, pour satisfaire aux besoins des dentistes, il faut établir entre la composition du liquide et l'état moléculaire de la poudre une harmoine convenable, de façon à obtenir un durcissement se produisant dans des limites de temps déterminées. On n'arrive à ce résultat qu'en effectuant une série d'essais pratiques et en modifiant simultanément ou alternativement le liquide et la poudre, conformément aux remarques que nous avons faites précédemment.

Ainsi composé, le ciment est livré au dentiste sous forme de 2 flacons renfermant l'un le liquide, l'autre la poudre.

C'est au moment de l'emploi que le praticien prépare le ciment en mélangeant sur une plaque le liquide et la poudre. Pour obtenir le maximum de solidité, il est nécessaire que la pâte formée soit homogène et l'on ne devra pas hésiter à dépenser quelques secondes (au maximum 1 à 2 minutes) pour triturer convenablement la pâte, de façon à obtenir un mélange intime de la poudre et du liquide.

En général, il est avantageux de charger le plus possible la préparation en oxyde, de façon à lui donner tout d'abord une consistance légèrement plus fluide que celle du mastic. Cette pratique est plus recommandable que celle qui consiste à laisser la préparation prendre la consistance voulue en l'abandonnant, sur la plaque de préparation, à la seule influence de la réaction chimique. Toutefois, cette remarque n'est pas applicable aux ciments chez lesquels le durcissement est obtenu en 3 à 5 minutes. Ceux-ci sont d'ailleurs plus difficiles à employer et leur préparation réclame plus de soins parce que la réaction des éléments s'effectue rapidement et qu'il est indispensable de prendre ses dispositions pour travailler la pâte au moment opportun, c'est-à-dire alors qu'elle n'est ni trop fluide, ni trop consistante. Dans le premier cas, en effet, il est malaisé de lui donner la forme voulue et de l'enlever de la plaque de préparation, tandis qu'en travaillant une pâte qui se trouve dans le second cas, on contrarie le travail de la prise en détruisant l'homogénéité du produit et l'on n'obtient finalement qu'une masse peu résistante, présentant des tendances marquées à l'effritement.

La préparation de la dent réclame aussi certains soins. Si, pour la cimenter avec un produit à prise lente, il n'est pas absolument indispensable de la dessécher d'une façon absolue, cette condition doit au contraire être réalisée aussi complètement qu'il est possible lorsque l'on opère avec les ciments à prise rapide.

Il résulte de l'exposé précédent que l'emploi des préparations à prise lente est plus recommandable que celui des ciments à prise rapide.

Autant qu'il est possible, on devra éviter l'usage des ciments qui exigent une fusion préalable, parce que l'on n'est jamais certain d'opérer le mélange de la poudre et du liquide à la même température, et qu'il s'ensuit inévitablement de notables variations dans la rapidité du temps de prise.

Il suffira aux dentistes de se montrer exigeants pour stimuler les fabricants de ciments et les mettre dans l'obligation de livrer à leur clientèle d'autres produits que des substances cristallisées ou certains liquides qui sont parfois fort altérables et desquels on est en droit d'attendre plus de stabilité.

Je viens de vous rappeler des observations que votre pratique vous a permis de relever ; j'y ai ajouté une explication chimique. Il était en effet intéressant de constater que les prévisions de la théorie justifient pleinement les observations de la pratique.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 18 *décembre* 1894.

Présidence de M. Viau, Président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est mis aux voix et adopté.

I. — Importance du travail mécanique dans la digestion, par M. le Dr A. Mora

M. le Dr Mora donne lecture de cette communication. (*Sera insérée au prochain numéro.*)

II. — Cinquantenaire de la découverte du protoxyde d'azote.

M. Godon. — Il y a cinquante ans ce mois-ci, un de nos confrères de Hartford, Horace Wells, assistait à une représentation de physique amusante donnée par le Dr Colton, où ce dernier administra à un certain Samuel Cooby le protoxyde d'azote.

Pendant qu'il était placé sous l'influence du gaz, Cooby fut extraordinairement excité. Il se roula sur le plancher et se meurtrit les jambes en se heurtant contre les bancs.

Lorsqu'il fut revenu à lui, Horace Wells lui demanda s'il avait eu conscience d'avoir reçu aucune blessure. Il répondit qu'il ne se souvenait de rien, et pourtant le sang apparut en abondance lorsqu'il releva ses vêtements. Le soir même, Horace Wells exprima l'idée qu'on pouvait, en respirant ce gaz, devenir insensible au point de se faire enlever une dent sans douleur, et, immédiatement, il tenta l'expérience. Elle eut un plein succès

C'est de ce jour, 10 décembre 1844, que date la découverte de l'anesthésie. Cette conquête a donc été faite par un dentiste et au sujet d'une opération dentaire.

A l'heure actuelle, on fête en Amérique le cinquantenaire de cette découverte, et j'ai pensé que la Société d'Odontologie de Paris devait, elle aussi, s'associer à la célébration de ce cinquantenaire. Je dépose donc sur le bureau de la Société l'ordre du jour suivant :

« La Société d'Odontologie de Paris, désirant prendre part à » l'hommage rendu à la mémoire du Dr Horace Wells, de Hartford, » par l'Association nationale dentaire américaine à l'occasion du » cinquantenaire, envoie au comité d'organisation ses félicitations » et son adhésion. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté.

III. — Trois cas de traitement de carie du 4e degré par le chloroforme, par M. Bonnard

M. Bonnard présente successivement deux malades et donne lecture des observations correspondantes. *(Seront insérées au prochain numéro.)*

IV. — Un cas d'anomalie d'éruption, par M. Bonnard

M. Bonnard donne lecture de la communication (*Sera inséré au prochain numéro*) et présente les moulages.

V. — Considérations sur deux cas de fracture du maxillaire inférieur, par M. P. Martinier

M. Martinier donne lecture de la communication et présente les sujets (*Voir Travaux originaux*).

Discussion

M. Duchange. — Pourquoi n'avez-vous pas employé la gouttière en tôle préconisée par le Dr Martin, de Lyon ?

M. Martinier. — Parce que j'ai trouvé autant de rigidité et plus de malléabilité dans l'alliage que j'ai employé.

M. Dubois. — Quel que soit le métal, on a le plus souvent une rigidité suffisante. J'ai employé l'aluminium et il donne d'excellents

résultats. Quand M. Martinier était mon préparateur, il a fait une série d'appareils pour le Musée et il peut vous dire que l'estampage de la tôle même mince est fort difficile.

M. Duchange. — J'ai vu des cas dans lesquels M. Martin était forcé d'agir avec de la tôle parce qu'il n'obtenait pas assez de résistance avec les autres métaux.

VI. — Considérations sur les ciments dentaires, par M. G. Halphen

M. Halphen donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir d'autre part).

Discussion

M. Dubois. — Comme tout le monde, j'ai été très intéressé par la communication qui vient d'être faite et je suis heureux que cette question ait été abordée devant la Société. J'aurais souhaité que l'orateur nous dît s'il avait fait des analyses sur quelques marques commerciales et nous donnât le résultat de ces analyses.

La plupart des ciments sont des composés d'acide phosphorique et d'oxyde de zinc, mais il n'en existe pas moins d'assez grandes différences dans leurs propriétés, qui tiennent à un tour de main dans leur préparation. Vous avez pu lire dans tous ses prospectus que Poulson a renoncé à faire un ciment prenant lentement et l'a remplacé par un autre qui prend si vite que nombre de dentistes y ont renoncé; le ciment Poulson, quoique l'un des meilleurs, est à prise rapide. Les ciments à prise rapide peuvent être supérieurs aux ciments à prise lente. La plupart des marques commerciales que nous avons entre les mains sont de l'acide phosphorique dilué et de l'oxyde de zinc et nous n'avons qu'un seul liquide cristallisant : le Poulson. Toutes les marques dont le liquide ne se cristallise pas sont de composition analogue.

M. Godon. — Je suis heureux que M. Halphen nous ait expliqué théoriquement ce que nous constatons chaque jour dans la pratique, au sujet du rapport entre la rapidité de la prise des ciments dentaires et la température du liquide. C'est pour éviter cette prise rapide que j'emploie le procédé suivant, qui nous a été indiqué par M. Francis Jean. Je fais d'abord fondre les cristaux sur une plaque de verre et je verse le liquide qui résulte de cette fusion sur une autre plaque qui est froide. Depuis que j'emploie ce procédé, je n'ai plus constaté le durcissement et l'effritement que j'entends souvent reprocher au Poulson.

M. Duchange. — Je n'ai pas essayé le Poulson, mais j'ai employé le Rostaing, qui a le même inconvénient que le Poulson cristallisé ; je le fais fondre de la même manière.

M. Dubois. — Très généralement on emploie des verres trop épais ; si l'on se sert de verre trempé ayant l'épaisseur du verre à vitres, on a un refroidissement dans les conditions ordinaires. Nous avons des ciments à prise lente et un à prise rapide : c'est ce dernier qui vaut le mieux.

Je serai heureux, puisque M. Halphen consent à s'occuper de la question, qu'il veuille bien la reprendre sur de nouvelles bases.

M. Lemerle. — On peut faire des comparaisons entre les ciments communs à prise lente et ceux à prise rapide ; les premiers sont plus solides, n'en est-il pas de même avec nos ciments dentaires?

VII. — Proposition de la commission au sujet du congrès dentaire national de 1895

M. Dubois, rapporteur. — Vous avez chargé votre Commission d'entamer des négociations avec les sociétés provinciales qui seraient disposées à participer à l'organisation d'un Congrès national, et votre Commission a reçu à cet égard des propositions de la Société des dentistes du Sud-Ouest ; nous lui avons fait connaître notre projet de statuts.La Société en a délibéré et l'a accepté. La Société des dentistes du Sud-Ouest a l'honneur d'être la première société dentaire organisée en province. De plus, en 1895, il y a à Bordeaux une exposition. Nous vous proposons, en conséquence, que le premier Congrès national ait lieu à Bordeaux dans la 2e quinzaine d'août.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Dubois. — Entendez-vous maintenir ses pouvoirs à la Commission en fonctions actuellement ? Cette Commission avait une tâche préparatoire à remplir : elle devait étudier s'il y avait lieu d'avoir un Congrès et où il devait être tenu. Cette double question étant résolue, la Société désire-t-elle nommer une nouvelle Commission ?

L'assemblée, consultée, décide de continuer ses pouvoirs à la Commission actuelle.

M. Dubois. — Il avait été question d'avril comme date de l'assemblée des dentistes de la région ; nous vous demandons la suppression de cette date et la fixation de la réunion au mieux des circonstances.

M. Godon. — Le moment pourra venir où la Commission actuelle de 5 membres sera insuffisante.

M. Dubois. — Comme la Société de l'Ecole et l'Association participent au Congrès, il sera possible d'adjoindre à la commission quelques membres quand ce sera nécessaire.

La Société constitutive est la Société d'Odontologie et il faudra dès lors revenir devant elle pour décider sur les questions de mise à l'ordre du jour. Il serait bon de réfléchir à la date qu'on pourrait décider : on pourrait par exemple tenir le Congrès les 12, 13 et 14 août ou bien les 16, 17 et 18 ; on aurait ainsi deux jours de fête et on dérangerait moins les dentistes ; on pourrait aussi choisir les 25, 26 et 27. Dans tous les cas, il serait bon de dire à la Commission ce qu'on pense à cet égard.

Nous avons organisé en 1889 un Congrès qui a été un grand succès ; nous en organisons un pour la première fois en province, j'espère que chacun s'y emploiera de manière à servir à la fois le bon renom de la Société et celui des dentistes français.

VIII. — Observations sur des injections de tropacocaïne chez les hystériques, par M. Jeay

M. Jeay donne lecture d'une communication sur ce sujet. *(Sera insérée au prochain numéro.)*

IX. — Un cas d'anomalie de siège, par M. Jeay

Jeay donne également lecture d'une communication sur ce sujet (Sera insérée au prochain numéro) et présente le moulage.

X. — Le formol et son emploi en thérapeutique dentaire, par M. de Marion

M. de Marion donne lecture d'une communication sur ce sujet *(Voir d'autre part).*

La séance est levée à 11 heures 3/4.

Le Secrétaire général,
Dr Sauvez.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Réunion du 6 novembre 1894.

Présidence de M. Ducournau, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Il est donné lecture d'une communication de M. Hervochon sur un cas de fracture bilatérale du maxillaire supérieur traitée rapidement avec succès.

On aborde la discussion du projet de statuts d'une caisse de prévoyance et la séance est levée à 11 h. 1/4.

Séance du mardi 4 *décembre* 1894.

Présidence de M. Ducournau, président.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. Ducournau cite un cas de plusieurs dents enfoncées dans le maxillaire à la suite d'une chute sur la face.

Le sujet, jeune garçon de 11 ans, est d'un bon tempérament et jouit d'une excellente santé. Vers le 20 septembre il fit une chute dans la rue, la lèvre inférieure fut coupée et l'incisive droite fut enlevée, l'incisive latérale et la canine droite furent enfoncées d'une profondeur de 1 centimètre, brisant par leur pénétration les parois alvéolaires.

L'enfant fut conduit chez un médecin qui conseilla des lavages et des gargarismes antiseptiques. La plaie de la lèvre se referma assez vite ; mais une fluxion énorme se produisit à la mâchoire supérieure. On le conduisit de nouveau chez le médecin qui, cette fois, l'envoya à la clinique de l'Ecole.

Le 4 octobre, les 2 dents furent extraites, ainsi que des fragments al-

véolaires brisés; les garganismes antiseptiques furent de nouveau prescrits et, le 11 octobre, la fracture était en bonne voie. Quand la guérison sera complète, on fera à l'enfant une pièce de prothèse en caoutchouc, afin de remplacer la perte de substance.

M. Amoëdo fait une communication sur un cas de prothèse immédiate à la suite de résection de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Parmi les différentes manières de fixer l'appareil du maxillaire, il préfère des plaques vissées sur l'os.

M. le Dr Nux ne croit pas indispensable de faire, dans l'appareil, des trous destinés aux lavages, car, dans un milieu septique comme la cavité buccale, ces appareils se chargeraient rapidement de mucosités, de débris alimentaires, etc. et deviendraient ainsi des foyers d'infection, leur nettoyage complet étant impossible.

Pour la fixation de l'appareil sur le maxillaire, il se sert de plaquettes munies de pointes, qui se fixent d'abord à l'appareil, puis au maxillaire, et qui sont maintenues par un seul écrou.

M. le Dr Queudot estime qu'il n'y a pas lieu d'exagérer les avantages des appareils de prothèse immédiate; toutefois, ils peuvent rendre de grands services dans la chirurgie des armées et en temps de guerre surtout.

M. le Dr Nux fait remarquer que ces appareils sont merveilleusement tolérés ; pourtant on a constaté quelquefois l'existence de douleurs assez vives résultant de la compression exercée par les vis sur le tissu osseux, quand elles sont voisines d'un filet nerveux. Pour cette raison les écrous lui semblent préférables aux vis à cause de la perforation préalable que nécessite leur emploi.

M. Amoëdo fait part de modifications apportées au tour Doriot.

M. le Dr Nux relate un cas d'uranoplastie opéré par le Dr Jeannel, de Toulouse, d'après le procédé classique. Le résultat a été excellent.

Il relate également un cas de fracture du maxillaire à la suite d'un abcès ; les deux fragments se sont déplacés à un point tel que l'articulation ne se fait plus que sur 2 dents actuellement.

M. le Dr Nux offre à l'Ecole un exemplaire de sa thèse *Les irrégularités dentaires et leur traitement.*

La séance est levée à 11 heures 1/2.

(Extrait de la *Revue Odontologique.*)

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL de 1895

Rapport sur l'organisation du congrès

Par M. Grimard

Messieurs,

Aussitôt qu'il fut question d'une Exposition à Bordeaux, le Dr Guénard, président de la Société des dentistes du Sud-Ouest, demanda en séance s'il ne serait pas utile d'imiter les autres Sociétés,

qui généralement profitent d'une circonstance semblable pour organiser leurs Congrès.

A ce Congrès purement scientifique, réunion des dentistes francais ou étrangers établis en France, plusieurs conférences ou démonstrations auraient lieu, montrant ainsi les progrès de notre profession. Il est nécessaire, ajoutait M. Guénard, que ce Congrès soit adopté par tous nos confrères. Dans ce but, tous les dentistes devraient être invités à en faire partie et notre Société, en prenant l'initiative d'une semblable réunion, déploierait l'activité la plus grande pour qu'elle fût couronnée d'une réussite complète.

Ce projet, émis dans la séance du 15 mai, parut raisonnable et tous furent d'avis qu'il méritait d'être étudié.

Le congrès devant avoir lieu pendant et à cause de l'Exposition de la Société Philomatique, il paraissait rationnel de s'adresser à elle pour obtenir son appui ou sa coopération.

Dans sa séance du 5 juin, M. Guénard prie M. Drugeille, membre de la Société philomatique, d'informer son Président que la Société des dentistes du Sud-Ouest a l'intention d'organiser un Congrès dentaire. M. Drugeille est chargé aussi de demander si ce Congrès ne pourrait être rattaché aux autres Congrès qui doivent se réunir à la même époque. Le 17 juillet, M. Staub, vice-président des congrès de l'Exposition, écrivait à notre Président, l'informant qu'il devait s'adresser directement à lui, s'il tenait à ce que la Société des congrès de l'Exposition fît partie de l'Association pour l'avancement des sciences. Cette lettre, qui n'était pas une réponse, provoquait en séance la question suivante:

« Devait-on faire une demande en ce sens, ou au contraire organiser notre congrès dentaire sous le patronage immédiat de la Société philomatique?

L'assemblée décida qu'une nouvelle démarche afin d'obtenir, sinon une réponse définitive, au moins une réponse plus concluante, serait faite par notre secrétaire général. Le 20 octobre M. Rousset nous communique la lettre qu'il a écrite à M. Staub.

M. Drugeille nous fait part d'une conversation qu'il a eue avec M. Vital, qui lui a dit qu'il verrait avec plaisir notre Société organiser un Congrès.

Cette demande était officieuse, mais il faut constater que la réponse ne l'était pas moins.

Le 6 novembre, notre secrétaire général, interrogé sur sa correspondance avec M. Staub, répond qu'il lui a écrit, au sujet de la section à obtenir pour un congrès dentaire, en lui demandant si nous pouvions rentrer dans une section de la Société pour l'Avancement des sciences, mais que sa lettre est restée sans réponse. Afin d'être fixé plus vite, il fut convenu que l'on s'adresserait à M. Vital, président de la commission des congrès. Cette fois-ci la réponse arrive plus vite : le 20 novembre, M. Vital nous informe que la Société ne peut faire partie de l'Association pour l'avancement des sciences, mais que néanmoins la Société est assurée de l'appui de la Société philomatique.

Après la lecture de cette lettre j'émis l'opinion suivante, qui fut partagée par presque tous, à savoir que le patronage de la première nous était absolument inutile et que celui de la seconde ne paraissait pas indispensable pour le moment.

En présence de tous ces retards, la nomination d'une commission s'imposait, afin de faire cesser la période de tâtonnements et d'entrer au plus vite dans la période active.

Sur ces entrefaites, M. le Dr Dunogier partit pour Paris et voulut bien se charger de voir M. Dubois et d'étudier l'organisation des congrès régionaux en province.

Le 24 novembre, la commission nommée en vue d'étudier l'organisation du Congrès se réunissait chez M. Robinson. Etaient présents : MM. Diparaguerre, Robinson, Gautier, Drugeille et les membres du bureau : Dr Guénard, Dr Dunogier, Rousset, Mirebeau et Gautier.

M. Dunogier fait part de son voyage à Paris et de l'excellent accueil qu'il a reçu de MM. les professeurs de l'École Dentaire de Paris. Ayant appris la veille par M. le Dr Sauvez, que nos confrères parisiens avaient décidé d'organiser chaque année des congrès dentaires nationaux en province, il a vu M. Dubois et plusieurs membres du comité d'initiative et leur a proposé de réunir le premier Congrès à Bordeaux en 1895.

Un rendez-vous fut pris pour le lendemain, M. Dubois fit part à M. Dunogier du programme accepté par les sociétés dentaires de Paris et le chargea de le faire connaître à ses confrères de Bordeaux. M. Dunogier donne la lecture du programme. M. Robinson désire savoir : 1° si d'autres sociétés que les sociétés de dentistes français pourront être admises à ce Congrès ; 2° si l'on ne pourrait pas demander la mise à l'ordre du jour de questions autres que celles fixées par le comité de Paris.

M. Dunogier répond qu'il a fait la même objection à M. Dubois, précisément parce qu'il savait que M. Robinson désirait inviter la Société anglo-américaine, dont il fait partie, à venir au Congrès de Bordeaux et que M. Dubois a déclaré qu'il ne croyait pas que cela pût faire l'ombre d'une difficulté.

Après ces observations le programme est adopté.

M. Dunogier propose que l'on fasse appel à tous les dentistes de la ville et du Sud-Ouest et que tous ceux qui accepteront de participer au Congrès soient invités à se réunir à Bordeaux pour nommer un bureau local définitif.

Cette proposition est acceptée d'une façon unanime. M. Dunogier est chargé d'écrire à M. Dubois pour lui communiquer le résultat de cette séance.

Le 9 décembre, après la lecture, par M. Drugeille, du procès-verbal de la séance de Commission, la discussion est ouverte sur le projet.

M. Mirebeau dit que la Société aura des frais à supporter ; que, d'après ce qu'il vient d'entendre, les souscriptions seront versées au Trésorier de Paris et qu'il ne faudrait pas que notre Société, qui a eu cette année à faire de grands sacrifices, les supportât à elle seule.

Un membre fait remarquer que tous les frais du Congrès incombent au Congrès et que la Société n'aura à supporter que des frais minimes ; dans tous les cas, il n'y a qu'à s'entendre avec la Commission de Paris.

Après quelques observations sans importance de plusieurs membres, on met aux voix l'ordre du jour suivant, qui est accepté à l'unanimité :

« La Société des dentistes du Sud-Ouest accepte en principe le pro-
» gramme adopté par les Sociétés odontologiques de Paris et charge
» son secrétaire général de s'entendre avec le Comité de Paris.

Le 4 décembre, M. Dubois répondait à M. Dunogier :

« Mon cher confrère,

» Tout marche bien ainsi. Au reçu de votre lettre, j'ai convoqué la
» Commission du Congrès et elle a décidé de proposer à la ratification
» de nos sociétés la désignation de Bordeaux comme siège du Congrès
» national dentaire de 1895, conformément au règlement publié dans
» l'Odontologie. J'ai du reste dit la même chose à M. Robinson lors de
» sa bonne visite.

» Aussitôt que nous aurons reçu la nouvelle du vote de votre Assem-
» blée, nous demanderons aux nôtres de conclure et de ratifier défini-
» tivement notre entente. On publierait au numéro de décembre l'an-
» nonce officielle de ce Congrès.

» Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments distingués et présenter l'assurance de ma sympathie à vos collègues. »

P. Dubois.

Le même jour, M. Rousset informait M. Dubois du vote de notre Assemblée. Une correspondance des plus actives s'échangea. L'Odontologie faisait appel à tous les dentistes de France, et notre Comité provisoire, au moyen de circulaires, à tous ceux de la région.

Comme vous le voyez, messieurs, ce n'est pas sans tâtonnements que nous sommes parvenus à établir les bases préliminaires du Congrès et le concours de Paris nous a été utile.

Certes, notre Société est assez solide pour voler de ses propres ailes ; les relations que nous avons, la position sociale de la plupart d'entre nous, étaient une garantie de succès pour une tentative semblable ; mais, voulant faire un Congrès national et non régional, il était juste de nous adresser à ceux qui en avaient eu l'idée première. Sans que notre dignité soit compromise, nous pouvons donc marcher côte à côte avec nos confrères parisiens et non à leur remorque, comme certains pourraient le penser.

Ce n'est pas en ce temps de décentralisation, au moment où nos Facultés de province vont se transformer en Universités ; ce n'est pas, lorsque, par suite de l'embarras du gouvernement à propos des nouvelles lois, nos cliniques peuvent être à leur tour, avec l'adjonction d'un laboratoire de bactériologie, reconnues aptes à un enseignement préparatoire, que nous aurions à suivre des chefs de file.

Le Sud-Ouest a des théoriciens estimés, des professeurs de Facultés, des praticiens éminents dont les travaux journaliers expliquent

la réputation ; il aurait pu faire seul, mais les idées de solidarité confraternelle, il les possède aussi et il le prouve aujourd'hui.

Notre Société a voulu voir les choses de haut. Elle a voulu organiser un Congrès qui ne soit pas le Congrès de la Société. En se joignant à la Commission des Congrès de Paris, elle s'effaçait comme Société, et, en faisant appel à tous, en s'organisant en Commission provisoire, elle disparaissait. Imbus de ces idées libérales, nous avons fait les convocations dans la mesure la plus large.

Qu'il me soit permis, messieurs, en terminant, d'émettre un vœu : c'est de voir justifier, par la loyauté de vos discussions et l'affabilité de vos rapports, le vieux renom d'urbanité qu'a toujours possédé notre belle région.

CONGRÈS NATIONAL DENTAIRE DE 1895 A BORDEAUX

COMITÉ RÉGIONAL

Séance du 27 janvier.

Présidence de M. BRUGEILLE WILLEMSENS, doyen d'âge.

M. Grimard, rapporteur, donne lecture de son rapport (voir ci-dessus).

Le rapport est mis aux voix et adopté.

M. Lot demande que l'on fasse l'appel de toutes les personnes présentes. L'appel est fait sans incident.

M. Huénel Jonas voudrait savoir le nombre des circulaires envoyées ; il craint que les votants ne soient pas en proportion des convocations.

M. Rousset répond qu'il a envoyé 150 circulaires.

Plusieurs membres font observer à M. Jonas que la réunion a été annoncée assez à l'avance, qu'elle est faite spécialement pour procéder aux élections et que, serait-on moins nombreux, elle ne peut être renvoyée. Au reste, le pointage à l'appel a fourni un chiffre déjà respectable (38).

M. le Dr Dunogier, avant l'ouverture du scrutin, propose la nomination d'un 3me secrétaire, choisi parmi les membres étrangers, qu'on sera probablement bien aise de posséder au mois d'août, car sûrement des étrangers feront des communications.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Il est procédé ensuite à la nomination du bureau.

Sont élus :

Président, M. le Dr Guénard.
Vice-président, M. le Dr Dunogier.
Secrétaire général, M. Rousset.
Secrétaire adjoint, M. Grimard.
Secrétaire adjoint, M. le Dr Dutour.
Secrétaire étranger, M. Robinson.
Trésorier, M. Mirebeau.

En prenant possession du fauteuil, *M. Guénard* remercie l'assemblée de cette marque de confiance et ajoute que si l'on ne trouve pas en lui un orateur, un président brillant, on pourra toujours compter sur son impartialité et son dévouement.

On procède ensuite à la nomination des commissaires : MM. Lot, Seigle, Emile Brugeille, Diparaguerre sont nommés.

M. le Secrétaire général communique une lettre de M. Dubois, puis donne lecture du Règlement du Congrès.

M. Mirebeau fait observer que le règlement ne parle que d'un trésorier siégeant à Paris et que cependant on ne peut que se féliciter des avantages que présente l'adjonction d'un trésorier local, comme cela a lieu actuellement. Il y aurait lieu de continuer ainsi.

M. Guénard répond que cette observation est une modification au règlement et qu'elle ne pourra être discutée que lors de l'ouverture du Congrès ; néanmoins, le secrétaire général transmettra ce vœu au Comité de Paris.

M. Védrenne demande l'époque du Congrès.

M. le Président répond que les dates fixées et déjà publiées sont les 16, 17 et 18 août.

M. Lot pose la question suivante : Les dentistes habitant hors Bordeaux bénéficient-ils d'un tarif réduit ?

M. Guénard dit que cette question a déjà été agitée, que la chose est même probable, mais que l'on ne peut être encore fixé ; en tout cas on tâchera d'obtenir une solution favorable.

Après quelques observations sans importance, la séance est levée.

Le Secrétaire,
BARRAL.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DU SUD-EST DE LA FRANCE

Réunion du 1er novembre 1894.

La réunion s'est tenue à la mairie de Nîmes, dans la salle du Conseil municipal, gracieusement mise à la disposition de l'Association.

La séance est ouverte à 9 h. du matin, sous la présidence de M. E. Schwartz, de Nîmes, assisté de MM. Beltrami, de Marseille, *vice-Président* ; Guigues, de Marseille, *Trésorier*, et Chapot, de Nice, *Secrétare général.* Etaient présents 22 membres, 14 se sont fait excuser.

M. le Président félicite les membres de l'Association d'être venus en nombre pour discuter les questions professionnelles et les assure de son entier dévouement.

M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion tenue à Marseille le 20 mai (Adopté).

Sont admis comme membres titulaires : MM. Brissac, Boissier, Bouteille, Borlat, Carlin, Carlavan, Frisbie, Gironi, Moulin, Mount, Planchard, Rouïl, Repellin, Valentin, Valopin.

M. le Secrétaire donne lecture de la circulaire du 20 octobre concernant l'application de la loi (Approuvé).

M. le Président communique à l'assemblée une note signée de M. Dubois, devant paraître dans *l'Odontologie*, annonçant la forma-

tion d'un comité d'organisation de congrès régionaux en province.

Après discussion, l'ordre du jour suivant est présenté :

En ce qui concerne l'organisation de Congrès dentaires annuels et régionaux, la réunion décide que la Société des dentistes du Sud-Est de la France, étant définitivement organisée et désirant rester indépendante [1] en ce qui concerne ses réunions et tout en approuvant en principe l'organisation des congrès dentaires en province proposés par la Société d'Odontologie de Paris, passe à l'ordre du jour. Adopté à l'unanimité.

M. Guigues propose qu'en cas de décès d'un membre de l'Association, les sociétaires de la ville du défunt soient tenus d'assister aux funérailles et de déposer, au nom de l'Association, une couronne mortuaire dont le prix ne devra pas dépasser 25 francs (Adopté).

M. Camoin propose un vœu, disant qu'en cas de fonds votés par l'Etat pour la création d'écoles dentaires, la région du Sud-Est de la France ne soit pas oubliée (Adopté).

Après diverses discussions et divers projets, la séance est levée à 11 h. 1/2 et renvoyée à 3 h. du soir.

Séance du 1er novembre (soir).

Présidence de M. SCHWARTZ

Tous les membres qui assistaient à la réunion du matin sont présents.

Après des démonstrations faites par MM. Schwartz père, Camoin, Beltrami, Adam et Schwartz fils, la séance est levée à 6 heures et renvoyée au lendemain à 8 h. du matin.

Séance du 2 novembre 1894.

La séance est ouverte à 8 h. du matin.

Après continuation des démonstrations par MM. Schwartz et Roch, l'assemblée décide que sa prochaine réunion aura lieu à Nice les dimanche et lundi 14 et 15 avril 1895.

M. le Président remercie les membres de leur assiduité et de leur cordialité dans les discussions et donne rendez-vous à tous les membres de l'association à Nice, au mois d'avril. Il espère que les 55 membres formant à l'heure actuelle l'Association se rendront à Nice.

Le Secrétaire général,
Alphonse CHAPOT.

---

1. La décision rapportée plus haut montre qu'il ne sera pas attenté à cette indépendance. N. D. L. R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DÉCRETS DU 31 DÉCEMBRE 1894

Le *Journal Officiel* du 1er janvier contenait les décrets suivants, qui avaient été approuvés par le Conseil supérieur de l'instruction publique dans sa session de décembre.

I. — Décret établissant certaines obligations pour les établissements libres d'enseignement supérieur

Art. 1er. — Peuvent délivrer les inscriptions exigées en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire qui justifient :

1° Que leur enseignement comprend au moins un cours d'anatomie et de physiologie, un cours de pathologie, un cours sur la pathologie et la thérapeutique spéciales de la bouche, un cours de clinique dentaire ;

2° Que leur personnel enseignant comprend au moins trois docteurs en médecine ;

3° Qu'ils disposent au moins d'une salle de cours, d'une salle de clinique, d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie, d'une salle de dissection anatomique, le tout muni des instruments et appareils nécessaires à l'enseignement et aux travaux pratiques des élèves.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

II. — Décret concernant les examens

Art. 1er. — Le paragraphe 4 de l'article 3 du décret du 25 juillet 1893, relatif aux études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, est modifié ainsi qu'il suit :

« 3e *examen* : Clinique : affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.

» Opérations préliminaires à la prothèse dentaire. »

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Le paragraphe 4 de l'article 3 du décret du 25 juillet 1893 disait :

3e *Examen.*

....

Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Le décret du 31 décembre dit :

Opérations préliminaires à la prothèse dentaire.

Décret accordant des dispenses aux étudiants en médecine

Art. 1er. — Sont admis à subir les examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, avec dispense du premier de ces examens, les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscrip-

tions, qui justifient d'une année de stage dans un service dentaire hospitalier.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Ces décrets suscitent quelques courtes réflexions :

1° *Décret établissant certaines obligations pour les établissements libres d'enseignement supérieur.*

Il est une conséquence des lois de 1875 et de 1880 sur l'enseignement supérieur et classe définitivement les écoles dentaires comme justiciables de ces lois.

On sait qu'en ce qui concerne le personnel enseignant et les cours énumérés par le décret, l'Ecole dentaire de Paris est depuis longtemps au-dessus de ses prescriptions. Pour le laboratoire d'histologie et de bactériologie, nous avons à compléter notre organisation. Il y sera pourvu à brève échéance.

Pour la salle de dissection anatomique le problème est plus ardu, non pour des exigences de local, de matériel ou de finances, mais par la pénurie de sujets de dissection ; les cadavres, qui font défaut pour nombre d'étudiants en médecine et ne peuvent être, par conséquent, mis largement à la disposition des étudiants dentistes.

L'administration de l'École dentaire de Paris a pourtant assuré les études anatomiques de ses élèves.

Nous sommes donc heureux des obligations énumérées ci-dessus, qui sont en accord avec les nécessités d'une bonne préparation à la pratique de l'art dentaire. Mais nous aurions souhaité que d'autres n'aient pas été omises : l'obligation d'avoir un laboratoire de prothèse dentaire et une véritable salle d'opérations.

Parce que l'Administration de l'Instruction publique se sent incompétente en matière de prothèse, parce que, dans l'hypothèse de l'établissement d'un enseignement officiel de l'art dentaire, elle ne pourrait donner une place suffisante à cette branche importante de notre art, elle s'en désintéresse. Les dentistes ne peuvent l'imiter.

Les écoles qui n'auraient pas de laboratoire de prothèse, seraient des écoles incomplètes et les praticiens qu'elles formeraient seraient de beaucoup au-dessous de leur tâche ; ils entreraient dans leur profession tout en ignorant l'une de ses parties essentielles.

Si, par salle de clinique, on entend l'installation sommaire des cliniques dentaires des hôpitaux, on place les étudiants dans de mauvaises conditions de travail.

Les mêmes remarques s'appliquent au deuxième décret qui dispense les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste de faire la preuve de leurs connaissances prothétiques.

Certes, l'épreuve de prothèse, telle qu'elle a été exécutée en juillet 1894, n'était pas concluante, mais nous espérions que l'avenir aurait pu donner satisfaction à tous ceux qui ont la préoccupation de la valeur technique des futurs dentistes.

Quant au droit accordé aux aspirants au doctorat de se présenter aux examens de chirurgien-dentiste avec dispense du premier de ces examens en justifiant qu'ils possèdent seulement *douze inscriptions* en médecine, et, comme études spéciales, qu'ils se sont bornés à accomplir *une année de stage dans un service dentaire hospitalier*, nous disons ceci : Cette équivalence entre les douze inscriptions de l'étudiant en médecine et les douze inscriptions d'étudiant dentiste ne paraît pas justifiée.

Après trois ans d'études, l'aspirant au doctorat et l'étudiant dentiste ne sauraient être considérés comme étant dans une situation analogue au point de vue des connaissances médicales générales, comme au point de vue des connaissances techniques.

Arrivé à ce point des études, l'aspirant au doctorat n'a pu que travailler l'anatomie, l'histologie et la physiologie ; mais il n'a pu encore suivre les cours et les travaux pratiques qui lui permettront de connaître les éléments mêmes de la pathologie et de la thérapeutique générales et spéciales sur lesquels on l'interrogera au deuxième examen de chirurgien-dentiste. L'étudiant dentiste, au contraire, a des connaissances moins vastes sur l'anatomie et la physiologie, il n'en connaît que les éléments, conformément au programme, mais il a travaillé aussi les éléments de la pathologie et de la thérapeutique, puisque, d'après le projet de décret, les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire, doivent justifier de l'existence de cours portant sur ces matières. Donc, l'étudiant en médecine, après sa douzième inscription, sera dans un état d'infériorité notoire à l'égard de l'étudiant dentiste au point de vue des connaissances médicales générales.

Quant aux connaissances techniques et véritablement professionnelles des deux catégories d'élèves, il est facile de montrer qu'elles ne peuvent être regardées non plus comme équivalentes.

Arrivé à ce point des études médicales, l'aspirant au doctorat *a disséqué* pendant deux semestres, mais ces travaux pratiques de dissection peuvent-ils être comparés aux travaux pratiques de l'élève chirurgien-dentiste qui a non-seulement disséqué, comme il est stipulé dans le projet de décret, mais qui, pendant trois ans, a fait, plusieurs heures par jour, les exercices pratiques si multiples et si variés de dentisterie opératoire et de prothèse que nécessite cette profession ?

Il est vrai que le décret exige un stage d'un an dans un service dentaire hospitalier, mais ces services sont insuffisamment organisés comme installation matérielle, et il ne peut en être autrement pour une foule de raisons administratives, financières et autres si souvent exposées et dans le détail desquelles il est présentement inutile de revenir.

D'ailleurs, ces services dentaires n'ont que deux jours de consultation par semaine, et le temps matériel même manquerait. — Les services dentaires hospitaliers ne peuvent être que des services de consultation dans lesquels on pratique les opérations urgentes, des extractions, par exemple, c'est-à-dire la plus infime partie des opé-

rations que l'on fait couramment dans la clientèle. Il faudrait donc que ces services dentaires fussent complétés par une organisation analogue à celle que présentent les Ecoles, ce qui est difficilement praticable.

Donc, au point de vue des connaissances techniques comme au point de vue des connaissances médicales générales, l'aspirant au doctorat ne peut être considéré comme étant dans une situation équivalente à celle de l'étudiant-dentiste. Il serait tout à fait fâcheux de constituer le personnel dentiste avec les étudiants en médecine qui ne peuvent achever les études médicales.

La réglementation doit avoir la conséquence qu'elle a eue en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, et elle doit obliger les étudiants à subir une véritable préparation professionnelle, ou bien elle n'est qu'un leurre dont le public et le renom des dentistes français seront les premières victimes.

QUESTIONS POSÉES AU 2e EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Qu'est-ce que qu'une angine ? Qu'est-ce qu'une angine simple ? Qu'est-ce que l'angine herpétique ? Quel est le traitement des angines ? Qu'est-ce que la stomatite mercurielle ? Quels sont les symptômes de la stomatite mercurielle ? Quel est le traitement de la stomatite mercurielle ? Quelles sont les causes de la névralgie dentaire ? Comment la fièvre typhoïde peut-elle l'occasionner ? Pourquoi y a-t-il des caries sensibles et des caries insensibles ? Par quoi est produite la névralgie du trijumeau ? Qu'est-ce qu'une glossite ? Comment a-t-on divisé les glossites ? Qu'est-ce que la paralysie du voile du palais ? Quel est le traitement de la stomatite mercurielle ? Par où débute la stomatite mercurielle ? Qu'est-ce que la périostite ? Quelle en est la cause ? Quels sont les agents anesthésiques ? Comment se sert-on de la cocaïne ? Quels sont les dangers de la cocaïne ? Parlez de l'auscultation du cœur. Qu'est-ce que la nécrose phosphorée ? Quelles sont les lésions buccales de la syphilis ?

Qu'est-ce que la stomatite ulcéro-membraneuse ? Avec quoi peut-on la confondre ? Quels sont les troubles qui l'accompagnent ? Quelles sont les causes de la stomatite mercurielle ? Quelles sont les causes de la stomatite aphteuse ? Comment administre-t-on le mercure ? Quels sont les accidents qu'il occasionne ? Quels sont les accidents syphilitiques des dents ? A quoi reconnaît-on le chancre syphilitique ? Quels sont les accidents syphilitiques primaires de la bouche ? Quels sont les accidents syphilitiques secondaires de la bouche ? Quels sont les accidents tertiaires de la bouche ? Comment distingue-t-on une ulcération syphilitique d'une ulcération accidentelle ?

Quelle est la cause de la carie dentaire ? Quels sont les accidents de la carie dentaire ? Quels sont les signes du cancer de la langue ? Quelles sont les maladies qui occasionnent la carie ? Qu'est-ce que le muguet ? Dans quelles conditions se produit-il chez l'enfant ? Quelle est la réaction du muguet ? Quel est l'alcalin contenu dans l'eau de Vichy ? Qu'est-ce que le scorbut ? Quels sont les accidents de la 1re dentition ? Quelles sont les altérations anatomiques de la carie ? Quelles sont les tumeurs qu'on ob-

serve dans la bouche ? Où s'ouvrent les abcès dentaires? Quand observe-t-on des hémorrhagies buccales ? Comment les arrête-t-on ?

Combien y a-t-il de sortes de cautères ? Comment fait-on marcher le galvano-cautère ? Comment s'appelle la pile au bichromate de potasse ? Quelle est la formule du chloroforme ? Quel est l'anesthésique qui occasionne le plus d'accidents ? Comment emploie-t-on le protoxyde d'azote ? Quel est l'accident qu'occasionne l'emploi du protoxyde d'azote ? Qu'est-ce que le tartre dentaire ? Quelles sont les trois espèces de phosphates de chaux ? Quel est le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse ? Lorsqu'un malade est cardiaque, quelle est la conduite du dentiste ? Quelles sont les précautions à prendre avec un albuminurique ? Avec quel acide précipite-t-on l'albumine ? Pourquoi est-il dangereux d'opérer un albuminurique ? A quoi reconnaît-on un albuminurique ? Qu'est-ce que la teinture d'iode ? Quelle est la proportion de l'iode qu'elle renferme ? Quel est le traitement des ulcérations de la langue ? Quelle différence y a-t-il entre un gargarisme et un collutoire ? Le chlorate de potasse est-il toxique ? Quelles sont les précautions à prendre avec un syphilitique ? Quel est l'effet du chlorate de potasse dans la syphilis ? Quel est le traitement des fistules dentaires ? Quels sont les accidents du chloroforme ? A quoi sert l'acide chromique ? Qu'est-ce que la greffe dentaire ? Quel est le moyen d'empêcher le dépôt du tartre ? Qu'est-ce que la gingivite expulsive ? Comment prescrit-on le phosphate de chaux ? Comment trouve-t-on l'albumine dans l'urine ? Où siègent les lésions de la stomatite ulcéro-membraneuse ? Quelles sont les maladies générales qui peuvent influer sur les dents ? Comment analyse-t-on l'urine des albuminuriques ? Que trouve-t-on dans la salive des gens qui ont du tartre ? Quel est le médicament qui réagit contre le mercure à l'intérieur ? Qu'est-ce qu'un aphte ? Par quoi peuvent être produites les ulcérations de la langue ? Où siègent les ulcérations syphilitiques de la langue ? Quelle est l'origine des stomatites ? Ou siègent les lésions de la diphtérie dans la bouche ? Comment reconnaît-on un diphtérique ? Quels sont les microbes qui vivent dans la bouche ?

Quels sont les anesthésiques généraux ? Quelles sont les précautions à prendre avant l'anesthésie ? Pourquoi faut-il être à jeun pour l'anesthésie ? Qu'appelle-t-on résolution musculaire ? Que faut-il prescrire à un malade après l'anesthésie ? Quel est le danger de l'éther dans l'anesthésie ? Comment doit-on désinfecter les instruments ? Qu'est-ce que l'iodoforme ? Qu'est-ce que le salol ? Quelles sont les maladies qui peuvent se transmettre par la bouche ? Chez quels sujets y a-t-il des bacilles de Koch dans la bouche ? Quels sont les avantages et les inconvénients du métal et du caoutchouc pour les appareils de prothèse ?

Comment administre-t-on le chlorate de potasse à l'intérieur ? Qu'est-ce que le diabète ? Quels sont les accidents buccaux du diabète ? Quelle est la période de la vie de la femme qui prédispose à la carie dentaire ? Citez-moi un corps ayant une action funeste sur les dents ? Comment le phosphore agit-il sur les dents ? A quel âge apparaissent les dents temporaires ? Parlez de leur apparition. Quel est le traitement du rachitisme ? Y a-t-il des douleurs dentaires sans lésions ? Quels sont les antiseptiques de la bouche ?

Qu'est-ce que l'angine couenneuse ? Qu'est-ce que l'angine herpétique ? Qu'est-ce que l'ozène ? Qu'est-ce que l'otite moyenne ? Qu'est-ce que la pneumonie ? Qu'est-ce que l'insuffisance aortique ? Qu'est-ce que la cyanose ? Qu'est-ce que l'érysipèle ? Qu'est-ce que l'hémoptisie ? Qu'est-ce que les oreillons ? Qu'est-ce que l'hématémèse ? Qu'est-ce que la mé-

ningite ? Qu'est-ce que la tumeur adénoïde du pharynx ? Qu'est-ce que le trismus ? Qu'est-ce que le croup ? Qu'est-ce qu'un anévrysme ? Qu'est-ce que l'hémiplégie ? Qu'est-ce que le psoriasis ? Qu'est-ce qu'un ulcère variqueux ? Qu'est-ce que la lymphangite ? Qu'est-ce qu'une adénite ? Qu'est-ce que le rhumatisme ? A quoi reconnaît-on un cardiaque ? Par quoi est caractérisé l'érysipèle ? Comment sont les crachats d'un phtisique ?

RÉSULTATS DU DEUXIÈME EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Candidats.. 101
Diplômés et anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris... 65
Etrangers à l'Ecole dentaire de Paris.................. 36

Reçus

Diplômés et anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris...... 58
Soit une proportion de 90 0/0.
Etrangers à l'Ecole dentaire de Paris.................. 24
Soit une proportion de 33 0/0.

ENTREZ ! ENTREZ !

On nous communique un prospectus dans lequel on lit les étonnants passages suivants :

« Il suffit de parcourir ces programmes pour reconnaître que l'enseignement reçu dans les écoles dentaires est absolument insuffisant pour subir les examens devant la Faculté de médecine.

» Aussi dans la dernière session de décembre on compte 66 candidats pour le premier examen sur lesquels 45 ont été refusés.

» Pour le deuxième examen, dans la présente session la proportion est à peu près la même. »

Il faut admettre que dans ledit établissement, où l'on cultive toutes les sciences, on ignore pourtant l'arithmétique, ainsi que le devoir de publier des informations exactes, et l'honnêteté des moyens.

Les chiffres que nous avons donnés dans notre N° de décembre et ceux que nous publions ci-dessus font bonne justice de ces imputations calomnieuses.

LA COMPTABILITÉ DU DENTISTE

Un de nos jeunes confrères de province nous ayant écrit pour nous demander les renseignements nécessaires à l'établissement de sa comptabilité, nous nous sommes adressés à l'un de nos collaborateurs, très compétent en la matière, qui nous a donné les renseignements suivants, que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos confrères.

La comptabilité du dentiste doit, à mon avis, comprendre :

1° Un livre sur lequel sont inscrits, jour par jour, le nom des pa-

tients, la nature des opérations faites, le chiffre des honoraires dus pour chacune de ces opérations, ainsi que les sommes payées.

Un agenda convient parfaitement pour ce 1er livre ; il doit être tenu chaque jour par le praticien et, au besoin, remis au net sur un livre analogue par son comptable.

2° Un livre de comptes des clients, contenant un compte spécial au nom de chaque patient, sur lequel le comptable reporte, au fur et à mesure, les diverses opérations inscrites sur le 1er livre. Ce livre, qui a l'aspect et la réglure d'un grand livre (livre de comptes courants ou divers débiteurs) doit posséder, à la fin, un répertoire.

Lorsqu'il est bien tenu à jour, ce livre permet d'avoir immédiatement le compte d'un client.

Voilà les deux livres indispensables au dentiste pour le compte de sa clientèle.

S'il désire une comptabilité régulière et plus complète, il peut y ajouter :

1° Un livre journal, sur lequel figurent journellement les achats de fournitures, les entrées et les sorties d'argent et, en bloc, chaque jour, le total des opérations et des recettes, etc.

2° Un livre de caisse contenant l'indication jour par jour des entrées et sorties d'argent de la caisse.

3° Un grand livre contenant les grands comptes généraux : caisse, fournisseurs, clientèle, frais généraux, profits et pertes, effets à payer, effets à recevoir, etc... Ce livre, qui est une copie du journal, a l'avantage de donner rapidement la situation des divers comptes généraux.

Cette comptabilité comprend exclusivement tout ce qui est exécuté dans et pour le cabinet dentaire ; elle peut être complétée, suivant l'importance de la clientèle du dentiste, par l'adjonction de livres complémentaires comprenant livres de fournisseurs, menues dépenses d'atelier, menues dépenses de cabinet, livre de réception des clients, livre de rendez-vous, etc.

La comptabilité personnelle du dentiste, qui comprend ses frais de maison et d'entretien, ainsi que ceux de sa famille, l'emploi de ses bénéfices, etc., peut rester en dehors de cette comptabilité et ne figure sur les livres tenus par le comptable que sous le titre de *Compte personnel.* Ce compte comprend un prélèvement mensuel par le dentiste des sommes qui forment chaque mois la différence entre les dépenses et les recettes. Ce prélèvement est appliqué par le dentiste à ses frais personnels, à ses placements divers, etc., et peut faire l'objet d'une comptabilité particulière. J'ajouterai, pour que la comptabilité relative à la clientèle soit complète, qu'il est utile d'avoir des fiches représentant les dents sur lesquelles, à la première visite d'un patient, on inscrit les opérations à faire et, aux autres visites, les opérations faites, et d'avoir également des dossiers rangés par ordre alphabétique au nom de chaque patient dans lesquels sont placés toutes ces fiches, ainsi que toutes les lettres et papiers concernant ce patient.

Z. Z.

REVUE DE L'ÉTRANGER

L'OXYPHOSPHATE DE CUIVRE

Par M. B. Ames

Aux réunions de l'Association dentaire de la vallée du Mississipi, de l'Association dentaire de l'Etat d'Illinois et de l'Association dentaire américaine de 1892, il fut présenté une nouveauté — l'oxyphosphate de cuivre — déjà employée depuis 2 ans ou plus par le présentateur. Ce produit constitue encore un peu une nouveauté, car il a été expérimenté par un trop petit nombre de praticiens pour qu'on puisse se former une opinion suffisamment exacte de sa valeur. Avant de le soumettre à la profession, on avait établi qu'il possède des propriétés appréciables et qu'il avait droit de figurer sur la liste de nos matières obturatrices, mais il faut encore bien longtemps avant d'arriver à une conclusion frappante.

Avant d'aller plus loin, il sera bon de répéter ce qui a déjà été dit, à savoir que ce ciment s'obtient en mélangeant de l'oxyde noir de cuivre avec une solution d'acide phosphorique. L'oxyde de cuivre ou oxyde rouge de cuivre forme aussi un ciment avec le même acide, mais l'oxyde noir convient mieux à cet égard.

On a démontré antérieurement que, dans ce composé, il se forme un phosphate de cuivre — qui est en solution dans un excès d'acide phosphorique, tandis que le ciment est à l'état plastique — qui pénétrera dans les canalicules dentinaires et exercera un effet calmant réel, tout en étant insoluble dans les fluides buccaux quand la cristallisation s'est produite. Le composé est très dur, insoluble et très noir. Dans les premières expériences on trouva qu'on obtenait la masse la plus dure en se servant d'une solution d'acide phosphorique qui, de sa nature, est quelque peu caustique pour les tissus vivants. Quand les composants sont convenablement mélangés, on obtient une plasticité qui serait excellente pour placer les couronnes et les ponts, si ce n'était sa nature caustique. On obtient le résultat idéal en employant le ciment à l'état liquide crémeux, de telle sorte que, s'il est convenablement mélangé, on peut mettre sans hésiter une couronne ou un pont en position et obtenir néanmoins la densité totale de la matière quand elle est cristallisée. En raison de cette propriété caustique, l'emploi de la substance se trouva bientôt contre-indiqué pour placer des couronnes ; cette facilité à donner de la densité après l'état fluide n'en est pas moins un avantage dans l'emploi des matières obturatrices.

Un ciment avec une bonne densité peut s'obtenir par l'acide cuprique avec une solution neutralisée non irritante, présentant la plasticité nécessaire et qu'on peut juger suffisamment dense pour le placement des couronnes.

L'opinion générale semble être que l'extrême densité du ciment n'est pas essentielle dans une couronne, mais que la cristallisation convenable est la chose principale.

Bien entendu, on ne doit pas se servir sans choix d'une matière caustique pour les obturations parce que, suivant toute probabilité, il en résulterait la dévitalisation et la momification de la pulpe, comme cela a souvent été le cas avec le coiffage ou l'obturation par un oxychlorure ; mais quand les circonstances en permettent l'emploi, le phosphate de cuivre peut être répandu à la surface du tissu dentaire pour donner une adhérence solide, ainsi que le maximum de dureté.

Sa pénétration dans les canalicules de la dentine et dans la dentine désorganisée permet souvent son emploi quand l'ablation totale de la substance désorganisée n'est pas possible, car il arrête la destruction des tissus et corrige à la fois la sensibilité qui s'opposait à la formation de la cavité. Un grand nombre de cavités très sensibles ont été obturées avec cette matière presque sans autre préparation que la confection de bons rebords et, après quelques mois, préparées d'une manière satisfaisante pour une obturation d'un caractère plus permanent. Son emploi pour arrêter les cavités des dents temporaires a été très satisfaisant. Avec une préparation insignifiante des cavités, cette matière permet de sauver ces dents dans les limites naturelles de leur utilité. Les sillons des molaires permanentes de jeunes enfants peuvent être bouchés avec ce ciment sans causer au patient d'incommodité sérieuse. Dans le traitement des sillons et cavités étendus à la face buccale des molaires, surtout de la 3e, et des sillons de la face palatale des molaires causés par le contact ou le voisinage d'une plaque de vulcanite ou de métal, cette matière peut être employée mieux que toute autre. Après une ablation aussi complète qu'il est possible du tissu désorganisé, et sans qu'il soit besoin de points de rétention, ces sillons et cavités peuvent être bouchés avec du phosphate de cuivre à l'état liquide, en donnant des résultats très satisfaisants. Si la face sur laquelle le ciment est appliqué est hyperesthésique, il y aura nécessairement de la douleur qui cédera comme après l'usage de tout autre caustique analogue, l'irritation étant semblable à celle causée par l'usage du chlorure de zinc.

Quand, par suite d'une carie étendue, la cavité a perforé l'extérieur d'une dent au-dessous de la ligne gingivale et qu'une fongosité pénètre dans l'ouverture, je ne connais pas de meilleur traitement que l'excision de celle-ci, le déplacement d'une ou de plusieurs obturations à la gutta pour donner une surface de tissu doucement guérie et le déplacement du phosphate de cuivre à l'état liquide sur la brèche pour obturer la cavité autant qu'il est nécessaire. Le tissu reste, en apparence, quand il est en contact avec une surface semblable, aussi sain qu'avec tout autre, ce ciment présentant une surface très unie lorsqu'il passe de l'état fluide — auquel il doit être employé — à l'état cristallisé *s'il n'est pas troublé pendant la cristallisation.*

Le ciment exige une manipulation si différente de celle des autres phosphates de zinc qu'on ne peut l'employer avec succès qu'après l'avoir vu utiliser à la clinique et avoir fait quelques essais individuels. Nous sommes si habitués aux ciments qui n'exigent

qu'une légère malaxation du liquide et de la poudre qu'il est difficile d'inculquer à un opérateur, au moyen de conseils écrits, la nécessité de triturer ce mélange jusqu'à ce qu'on ait obtenu la consistance convenable.

Après avoir ajouté la poudre au liquide jusqu'à ce qu'on ait une masse ferme, on malaxe vigoureusement sur une large plaque avec une spatule large et raide pour réduire d'abord la masse à l'état ferme, puis pour amener le liquide à l'état d'une crème onctueuse, semblable à de l'huile, à de la peinture ou à de l'encre d'imprimerie, coulant lentement de la spatule d'une manière visqueuse.

Ce ciment est très sensible aux changements de température parce qu'il exige plus de poudre en proportion du liquide pendant un hiver froid que pendant un été chaud. On peut, à cet égard, avoir des liquides pour les prises rapides ou lentes, en employant l'un ou l'autre ou des mélanges de proportions de l'un et de l'autre, suivant l'état amosphérique et le cas à traiter, mais il faut pour cela avoir un vif intérêt à obtenir les meilleurs résultats possibles avec cette matière. On ne tient pas assez compte de la différence de traitement des oxyphosphates suivant l'état de l'atmosphère. On obtient sans consteste les meilleurs résultats pendant les mois d'hiver froids, lorsque l'atmosphère du cabinet d'opérations est presque dépourvue d'humidité et que la température nous permet d'employer plus de poudre que par un jour chaud d'été ; toutefois, pendant l'été, on peut employer durant les chaleurs une solution d'acide qui ne resterait pas fluide si elle était exposée à une base température, cette solution donnant naturellement une prise plus lente et permettant d'employer plus de poudre.

La plupart des opérateurs connaissent si mal les lois de la combinaison de l'acide phosphorique et des oxydes métalliques qu'il n'est pas étonnant qu'ils n'obtiennent pas le maximum de succès en s'en servant. Un opérateur a d'ordinaire un seul ciment et se borne à celui-là parce qu'il lui semble aussi bon que tout autre et que sa manipulation lui est familière. Le seul fait que plusieurs des ciments les moins bons sont les plus aisément manipulés explique leur popularité et leur usage étendu ; mais j'estime, pour ma part, que chaque opérateur devrait avoir à sa disposition au moins 3 variétés d'oxyphosphates : l'une pour les obturations, dans laquelle le liquide ne contiendrait pas de phosphates alcalins solubles et la poudre serait d'une nature éminemment cristalline. On s'assure que le liquide remplit cette condition par l'absence de goût alcalin et l'existence d'un goût acide quand le ciment s'est solidifié. Ce goût acide doit être très léger et disparaître entièrement en quelques secondes après immersion dans la salive. Ce ciment doit être mélangé aussi ferme qu'il est possible et adhérer à la dent plutôt qu'au fouloir. Pour faciliter l'opération, il faut avoir un revêtement de poudre sèche à la surface du fouloir ; mais avec un ciment convenant bien au but poursuivi, cela est rarement nécessaire, et on se plaindra moins d'insuccès au bord cervical. Quoiqu'on puisse se servir de cette variété pour mettre les couronnes, lorsque l'opération s'exécute rapi-

dement en mélangeant passablement de poudre avec le liquide et en donnant un mouvement plus réfléchi, son emploi est contre-indiqué pour la raison que, si l'on s'en sert avec une consistance fluide, il n'y a pas de cristallisation convenable.

La deuxième variété devrait servir à mettre des couronnes et des ponts quand un mouvement très réfléchi est essentiel pour ne pas irriter le revêtement de la cavité, et j'admets l'insertion provisoire de médicaments. Ce ciment, autant que j'en juge par mon expérience, doit être tel que le liquide contienne un phosphate alcalin soluble et ne donne pas de masse dure, mais ait les qualités actives les plus appropriées et soit moins irritant que le premier. Il n'aura pas de goût acide quand il sera mélangé à la consistance voulue pour le placement des couronnes et il l'aura moins quand il sera mélangé pour le revêtement des cavités. Ce ciment est très adhésif et, si on l'emploie pour l'obturation, il y a beaucoup à craindre une adaptation défectueuse au bord cervical, car, comme il adhère fortement aux surfaces sèches, il ne s'attache pas aux surfaces humides et je crois qu'on peut attribuer à son emploi un grand nombre d'insuccès au bord cervical ; cette variété cède, en effet, sous un instrument tranchant, à moins qu'elle n'ait complètement durci, et elle n'a pas la friabilité de la première espèce quand la cristallisation s'est opérée pendant le même laps de temps.

La troisième variété d'oxyphosphate, qui devrait être employée par chaque opérateur, c'est l'oxyphosphate de cuivre. Depuis qu'on s'en sert, j'ai été de plus en plus satisfait de voir qu'il donne d'excellents résultats dans beaucoup de ce qu'on pourrait appeler des cas désespérés. Comme le ciment se congèle pour ainsi dire, on doit l'imbiber d'eau chaude, ce qui hâte la cristallisation au point que la serviette à imbiber peut être enlevée sans que le patient remarque aucun goût fâcheux. S'il est exposé à la salive, à l'expiration du même laps de temps, sans avoir été traité par l'eau chaude, il donne un goût de sel de cuivre fort désagréable.

Avec une variété suffisante de substances à sa disposition, chacun est à même de préparer un ciment offrant presque toutes les qualités désirées, y compris un ciment ayant une action antiseptique positive ou germicide sans perdre de sa densité et sans donner de couleur critiquable.

(*Items of interest.*)

LIVRES ET REVUES

Par M. P. Dubois

L'art dentaire aux Etat-Unis en 1893. Une mission en Amérique, par M. Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, et M. Ronnet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

On nous a fréquemment reproché d'ignorer ce qui se fait à l'étranger.

Pour l'art dentaire cela ne se justifie guère, et on chercherait en vain dans les publications étrangères des études aussi objectives, aussi documentées que celle de nos amis Godon et Ronnet.

Dans la phase de transformation que subissent les conditions d'exercice et d'enseignement de notre art en France, il est vraiment opportun de montrer à la lumière des faits actuels, ainsi que par une courte étude rétrospective de notre spécialité aux Etats-Unis, comment nos modèles et actuellement nos émules, ont compris le problème, et ce qui est résulté après un demi-siècle de la direction qu'ils ont donnée à notre profession.

Le chapitre d'histoire qui forme en quelque sorte le préambule de ce travail est des plus instructifs, surtout en ce qui concerne la découverte de l'anesthésie.

On a bien souvent défendu les bienfaits de la culture générale pour la préparation à la découverte scientifique. Nous sommes loin de les nier. Mais qu'il nous soit pourtant permis de faire remarquer que la découverte de l'anesthésie n'en procède pas. Elle est l'œuvre d'un dentiste, sans grandes connaissances scientifiques, guidé par l'amour du nouveau et obéissant à l'impulsion de sa race et de son milieu. Horace Wells sait qu'autour de lui l'inventeur a une place prééminente, que l'Etat, que les idées ambiantes n'ont pas ligotté les hommes d'initiative, et il va de l'avant, et il dote l'humanité d'une des plus grandes conquêtes dont elle puisse s'enorgueillir.

Est-ce que tous les progrès de la technique de l'arsenal opératoire, dont MM. Godon et Ronnet nous entretiennent ensuite, n'ont pas les mêmes sources? Qu'on nous dise donc, si pour l'application de l'arsenic, si pour la technique de l'aurification, si pour les perfectionnements de l'outillage, l'empirisme n'est pas au point de départ, n'est pas à chaque étape le moyen de recherche et de progression ?

Le chapitre sur les écoles dentaires est particulièrement intéressant et l'un des auteurs avait une compétence toute spéciale pour l'écrire. Il expose la transformation que les écoles américaines ont subie depuis 1887 quand nous les visitâmes. C'était alors une époque de transition : les écoles qui avaient créé le dentiste américain avaient fini par perdre quelque peu de leur valeur, par suite de la concurrence de quelques établissements interlopes, il y avait danger de l'abaissement du niveau des études. Nos confrères le comprirent et trouvèrent le moyen, — sans sacrifier rien de la liberté, — de réagir, en créant une ligue entre les écoles honorables, en élevant la durée de la scolarité, en établissant un examen d'entrée. Il en résulta que l'étudiant dentiste, qui, vers 1885, pouvait parfois obtenir son diplôme après quelques mois de présence dans une école dentaire, a été obligé, peu de temps après, de faire trois années régulières d'études.

Le rôle de l'American dental Association et sa loi suprême le *Code of dental ethics* sont bien mis en lumière.

Il en est de même de la législation des divers Etats, qui, malgré la forme fédérative du gouvernement, obéit aux mêmes principes :

Reconnaissance des diplômes des écoles reconnues respectables.

Jurys exclusivement composés de dentistes.

Distinction absolue entre l'enseignement et l'exercice de l'art médical et l'art dentaire.

Cette étude fait honneur à nos amis, et tous les dentistes français seront heureux d'apprendre qu'à nouveau et après ce que M. Kuhn et nous-même nous avons publié sur ce sujet, les pouvoirs publics ont sous les yeux un exposé complet et impartial de l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis.

Espérons qu'ils y puiseront des idées. Comme les Etats-Unis, nous sommes une démocratie, comme eux nous avons à favoriser l'épanouissement de la force créatrice du monde moderne : l'initiative individuelle. Dans le pays dont MM. Godon et Ronnet nous parlent si bien, le dentiste n'a pas été traité en mineur par le gouvernement; les associations professionnelles, les écoles libres ont été considérées par lui comme ses meilleurs auxiliaires, et le résultat a été une superbe efflorescence et a fait que pendant cinquante années le type accompli du dentiste habile, heureux, entraîné pour sa tâche quotidienne, a été le dentiste américain.

Cette leçon expérimentale, nous félicitons à nouveau MM. Godon et Ronnet de l'avoir refaite avec une abondance de documents qui aura pour effet la conviction de tout lecteur impartial.

G. Viau. Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents, suivi du Manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire. Paris, 1895. *Société d'Editions scientifiques.*

Le succès de la première édition du *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents*, de M. Viau, est un heureux signe des temps ; il fait honneur à l'auteur, ainsi qu'au public professionnel dont la curiosité et les besoins scientifiques vont grandissant.

De la première édition le cadre et la forme alphabétique ont été gardés, mais la plupart des articles ont été remaniés et mis au courant des données de la science.

Tel quel, il forme un répertoire pour tout dentiste qui veut exercer avec compétence.

La deuxième partie du volume est consacrée à l'anesthésie en chirurgie dentaire par les injections hypodermiques. On chercherait en vain dans la littérature spéciale une étude de cette valeur et de cette importance.

Nous serions bien étonné si cette deuxième édition n'obtient pas un succès encore plus grand que son aînée.

Dr L. Dunogier. Orthodontie ou traitement des déviations dentaires. J.-B. Baillère et fils, Paris.

Dr Louis Nux. Contribution à l'étude des irrégularites dentaires et de leur traitement. O. Doin, Paris, 1895.

Ces deux thèses ont des points de ressemblance ; elles exposent

le mode d'action des principaux appareils employés en orthopédie dentaire. Elles seront consultées avec profit par les médecins qui n'ont qu'une vague idée des moyens de redressement que l'art dentaire moderne emploie pour atténuer l'atrophie et les dispositions vicieuses des mâchoires de nos jeunes contemporains.

Nous ne comprenons pas bien pourquoi MM. Dunogier et Nux ont consacré la moitié de leur court travail à des répétitions sur la genèse du follicule, sur les dates d'éruption et les généralités se rattachant de loin aux anomalies. Les thèses faites par les spécialistes devraient un peu échapper aux banalités du genre.

La thèse a pour beaucoup le tort d'être le plus facile et le moins dangereux des examens, surtout quand on est dentiste, et quand on la soutient devant des maîtres qui ont la bonne foi et l'esprit de dire comme celui du Dr Dunogier : « Les dentistes connaissent fort » peu les dents et les médecins pas du tout ».

Pourquoi les examinateurs de la Faculté de médecine de Paris n'ont-ils pas tous le même esprit que le professeur de Bordeaux? Cela aurait peut-être pour résultat d'empêcher cette réponse faite par un professeur examinateur à un candidat. « Lorsqu'il y a pul- » pite, Monsieur, il n'y a plus qu'à extraire la dent » (*sic*).

F. Wermeille. Stomatite et rhinite impétigineuses dans la rougeole; leurs rapports avec la broncho-pneumonie. Th. de Paris, 1894. *H. Jouve.*

L'éruption morbilleuse est une porte d'entrée pour les micro-organismes qui évoluent avec activité de par l'affaiblissement de l'organisme et causent des affections secondaires ; la stomatite impétigineuse est de celles-là. La thèse de M. Wermeille montre l'association des lésions sans pouvoir établir leur lien étiologique.

NOUVELLES

DÉCORATIONS DU 1er JANVIER

Nous avons le plaisir de relever dans le *Journal Officiel* du 16 janvier les nominations suivantes [1] :

Chevalier de la Légion d'honneur, « Michaëls (Joseph-Peter), ci- » toyen américain, chirurgien-dentiste, ancien professeur à l'Ecole » dentaire de Paris. Soins gratuits donnés pendant plus de » 20 ans aux malades indigents. Auteur d'un travail estimé sur les » appareils prothétiques destinés à remplacer les pertes de subs- » tance osseuse ».

Officiers d'académie

Lemerle (Jean-Marie-Lucien), professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

1. Nous citons textuellement l'*Officiel*, sans corriger les erreurs qu'il renferme.

Levadour (Napoléon-Gilbert-Auguste), chirurgien-dentiste à Paris.

Quincerot (Charles), chirurgien-dentiste, membre du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris.

Ravel, chirurgien-dentiste à Paris.

Rozenberg (Louis), chirurgien-dentiste à Paris, lauréat de la Société d'encouragement au bien.

Notre collègue du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a déjà reçu les félicitations du Conseil, M. Michaëls celles de la Société d'Odontologie. Nous les prions, ainsi que nos confrères, d'agréer les nôtres.

BIBLIOTHÈQUE ODONTOLOGIQUE

La maison Ash et fils de Londres vient d'organiser une Bibliothèque spéciale Odontologique avec prêt de livres à domicile.

Le prix annuel de la souscription est de 38 fr. pour le prêt d'un volume à la fois et 53 francs pour le prêt de quatre volumes.

Cela donne à croire que nos confrères anglais ont un appétit scientifique considérable.

Nous les en félicitons.

LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE A L'EXPOSITION DE 1900

Groupement des industries médico-chirurgicales (1).

Classe 16.

Médecine et Chirurgie.

Matériel, instruments et appareils de travaux anatomiques, histologiques et bactériologiques. — Pièces d'anatomie normale et pathologique; préparations histologiques et bactériologiques. — Appareils à stériliser les instruments et objets de pansement. — Instruments d'exploration médicale, générale et spéciale. — Instruments et appareils de chirurgie générale, locale et spéciale. — Appareils de pansement. — Appareils de prothèse plastique et mécanique; appareils d'orthopédie; appareils de chirurgie herniaire; appareils de gymnastique médicale; matériel, instruments et appareils de thérapeutiques spéciales. — *Instruments destinés à la pratique de l'art dentaire, etc.* — (*Progrès Médical.*)

Lu en passant au carrefour de Buci, l'enseigne suivante:

PULPI-CLINIQUE DENTAIRE.

Stomatologistes et Académiciens

Nous recevons une circulaire qui nous annonce la formation d'une société de Stomatologie en Amérique. Seulement, comme dans le Nouveau-Monde on ne veut pas rester en arrière, la nouvelle société s'intitule :

The Academy of Stomatology

En France, les stomatologistes n'ont qu'un académicien parmi

eux ; aux Etats-Unis, tout le monde le sera. Qu'est-ce que nous allons devenir ?

Nous proposons la fondation d'un INSTITUT DE STOMATOLOGIE.

Châteaubriand disait en 1825 : « La démocratie coule à pleins bords. »

En 1895, on peut dire que la vanité nous inonde.

UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ DE DENTISTES EN PROVINCE

Nous apprenons avec plaisir la formation d'une Société professionnelle dans le Nord, sous le titre de *Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais.*

Le bureau est ainsi constitué :

Président, Dr J. Redier, Lille ;

Vice-président, M. Bianchi, Lille ;

Secrétaire général, M. Haller, Lille ;

Secrétaire des séances, Dr Leplat, Lille ;

Trésorier, M. Bourgogne, Lille ;

Conseiller, M. Haller-Adler, Lille, du château Saint-Omer.

Nous sommes heureux de constater que les fondateurs n'établissent pas de distinction d'origine entre les sociétaires et que, pour être membre, il n'est exigé que d'être admis à la pratique légale. Cette clause qui rend l'union possible est à l'honneur des Drs dentistes qui font partie de la Société.

Notre excellent collègue, M. Faloy, vient d'être chargé par le maire du IIIe arrondissement de Paris d'organiser un dispensaire pour soigner les dents des enfants des écoles de l'arrondissement.

Nous saluons l'apparition d'un nouveau journal dentaire, *The Dental Digest*, publié par the Dental Protective Association of the United-States et avec la direction scientifique de notre ami le Dr Harlan. C'est là un gage de succès.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ÉCOLE ET DISPENSAIRE

Assemblée générale annuelle du 4 décembre 1894.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL,

par M. FRANCIS JEAN

Messieurs,

Le rapport sur la gestion de l'année 1893-94, que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir, est en quelque sorte le complément de celui dont je vous ai donné lecture à la séance de réouverture des

cours du 3 novembre, et, pour cette raison, il sera bref. Il ne portera que sur des questions intéressant nos sociétaires en cette assemblée générale qui leur est exclusivement réservée.

Je me bornerai donc à vous exposer, à la fois par ordre d'importance et par ordre chronologique, les principales décisions que votre Conseil d'administration a jugé bon de prendre, ainsi que les effets de ces décisions. Vous en apprécierez facilement la portée.

Cette année a été aussi féconde en événements qu'en résultats favorables pour notre corporation.

Convaincus de la nécessité de l'union et de la solidarité dans les circonstances où se trouvait notre profession, vous avez rappelé pour vous administrer d'anciens membres dont vous connaissiez l'activité.

Notre Société s'est bien trouvée de cette union qui, nous devons l'espérer, s'affermira davantage conformément à la devise sous l'égide de laquelle le Cercle des Dentistes se fonda en 1880 et donna naissance à la première école dentaire française.

Le 23 janvier 1894, votre Conseil de direction, poursuivant l'idée d'union qui le guidait, a approuvé la fusion de l'*Odontologie* avec la *Revue internationale d'Odontologie*, décidée par le Conseil d'Administration de l'Association des dentistes de France, et a nommé M. Dubois, directeur-gérant pour neuf années consécutives. Vous avez pu apprécier, par l'étendue donnée à cette publication, le rang qu'occupe ainsi notre journal dans la presse professionnelle du monde entier, et vous admettrez certainement que c'est le meilleur moyen de contribuer à enrichir la littérature professionnelle. La considération dont jouit cet organe est une preuve du choix judicieux que nous avons fait dans la personne de M. Dubois.

Le 3 février suivant, votre Conseil a décidé de réintégrer dans leurs fonctions les membres du corps enseignant qui avaient été, deux ans auparavant, considérés comme démissionnaires. Il a jugé que l'éparpillement de nos forces ne pouvait que nuire à l'enseignement de notre art.

Votre Société et l'Ecole n'ont pas cessé un seul instant de se préoccuper des intérêts des membres de la profession, depuis le praticien exerçant jusqu'à l'élève.

Le 26 décembre, votre Conseil a décidé l'ouverture de cours préparatoires au diplôme d'Etat dont le projet d'organisation avait été ébauché par le précédent Conseil. Vous connaissez le succès de ces cours et les résultats qu'ils ont produits. — Cent quinze inscriptions furent prises pour cette préparation. Nos diplômés comptaient 53 candidats. De leur côté, les membres du corps enseignant de notre école ont obtenu, au nombre de 38, le diplôme d'Etat qu'ils avaient postulé. Nous devons ajouter que si tous nos collègues ne réussirent pas, c'est que quelques-uns, pour des raisons personnelles, furent empêchés de se présenter. La prochaine session verra, nous l'espérons, leurs efforts couronnés du succès justifié que nous leur souhaitons. — A propos des cours préparatoires, nous adressons nos remercîments aux professeurs pour leur ponctualité et leur

zèle, et en particulier à M. le Dr Sauvez, qui fut la cheville ouvrière de cette organisation.

Le 30 octobre, a été décidée l'organisation de répétitions permanentes pour la préparation aux examens de la Faculté (session du 10 décembre). A cette même séance, la création de cours préparatoires au certificat d'études exigé des étudiants-dentistes a été décidée également.

L'enseignement occupant une place prépondérante dans notre institution, nous allons vous faire part des améliorations apportées à notre organisation pédagogique régulière. Le 3 juillet, nos programmes ont été modifiés sur quelques points pour être mis en accord avec les règlements de la Faculté. A part ces modifications, des adjonctions ont été faites, notamment le 7 août, par la création d'un cours d'anatomie régionale. La bouche et ses parties avoisinantes seront, à l'avenir, l'objet d'un cours spécial qui s'adressera aux élèves de 3e année. Par décision du 18 septembre, des leçons cliniques doivent être faites chaque matin, pendant un mois, par les professeurs suppléants aux élèves de 1re année. Le but de ces leçons est de donner aux élèves les notions nécessaires avant que les malades leur soient confiés à la clinique.

Afin de compléter le corps enseignant, un concours pour deux postes de chefs de clinique fut ouvert au mois de juillet. Sur quatre candidats qui s'y présentèrent, deux furent admis à cette fonction : MM. d'Argent et Prest.

Le 18 novembre dernier, trois autres concours pour le poste de professeur suppléant furent ouverts également. Ces concours sont actuellement terminés et nous procurent la satisfaction de vous annoncer les nominations de MM. Frey, pour le cour de pathologie spéciale (maladies des dents) — Friteau, pour le cours de pathologie spéciale (maladies de la bouche) — et Martinier pour le cours théorique de prothèse.

Quoique nos programmes soient complètement en accord avec les règlements de la Faculté, le 3 février, il fut décidé d'examiner la situation qui serait faite à notre institution pour l'obtention du diplôme d'État. Des démarches répétées furent entreprises, des audiences nombreuses nous furent accordées et nous obtînmes, grâce à notre existence légale comme établissement d'enseignement supérieur, que les inscriptions prises à l'Ecole seraient valables pour les examens de la Faculté en vue du grade de chirurgien-dentiste.

Nos pétitions ont eu pour effet des atténuations considérables aux conséquences de la loi.

Notre pétition du 26 avril nous valut d'être représentés dans les jurys officiels et d'obtenir que le troisième examen (sur l'initiative de M. Godon, notre président, dont nous n'avons qu'à louer l'activité toutes les fois qu'il s'agit des intérêts de l'Ecole) fût subi dans les écoles dentaires dont on appréciait l'excellente organisation.

Le 19 juin, une nouvelle pétition fut adressée au ministre de

l'Instruction publique en faveur des élèves en cours d'études avant la promulgation de la loi du 30 novembre 1892.

Le 20 mars, votre Conseil décida d'adresser au ministre de la guerre une autre pétition tendant à obtenir pour les étudiants dentistes ou élèves mécaniciens la dispense de deux années de service actif, à l'égal des étudiants en médecine et des ouvriers exerçant certaines professions artistiques. Satisfaction n'a pas encore été donnée, parce que la question fait l'objet d'une loi spéciale, et l'on sait que la procédure parlementaire est généralement fort longue. Quoi qu'il en soit, ce résultat sera poursuivi sans relâche.

Tout récemment enfin, en réponse à nos revendications, nous recevions l'assurance que nos élèves, dispensés d'une année en vertu des dispositions transitoires de nos anciens règlements, seraient admis à se présenter aux examens de la Faculté. Nous avions fait la même demande pour ceux qui ont été exemptés de deux années d'études, mais pour cette deuxième catégorie, la solution n'est pas encore intervenue. Nous avons lieu d'espérer qu'elle sera favorable parce que M. le Ministre de l'Instruction publique se rendra certainement compte que ces dispositions transitoires n'ont été appliquées qu'à des dentistes appartenant à la profession, les premiers, depuis trois ans au moins, les seconds, depuis cinq ans. M. le Ministre estimera sans aucun doute qu'un praticien ayant passé par l'Ecole dentaire et obtenu le diplôme de celle ci offre plus de garanties qu'un autre qui a simplement pris une patente juste à temps pour échapper à la loi. Nous pourrions citer, en effet, un certain nombre de personnes qui, sans être dentistes, mais en contact avec ceux-ci, se sont fait inscrire au rôle des patentes pour en tirer parti suivant les circonstances.

Le nombre de nos élèves dépassera certainement celui de l'année dernière. Actuellement, un mois et demi avant la clôture des registres d'inscriptions, il s'élève à 96, ainsi répartis :

	32	en 1e année
	28	» 2e »
	36	» 3e »
Total :	96	

L'exiguïté de notre ancien local créait pour ces étudiants une gêne, parfois considérablement augmentée par la quantité insuffisante de fauteuils. De plus, la multiplicité des services normaux et les cours complémentaires imposaient un agrandissement. Aussi, votre Conseil n'a-t-il pas hésité, le 27 février, à voter d'importants travaux indispensables à l'adjonction d'une salle d'opérations et d'une salle de clinique, ainsi qu'à l'achat de douze fauteuils.

Les services supplémentaires nécessitaient une surveillance incessante dont le besoin s'était déjà fait sentir depuis longtemps ; c'est pourquoi M. le capitaine Gœury fut agréé le 20 mars comme surveillant de l'Ecole. La réception des malades, la surveillance des études, l'ordre et la discipline furent ainsi assurés. Le rôle du surveillant ne se borne pas à rendre compte de la régularité des servi-

ces, des incidents ou des incorrections qui peuvent se produire. Cet emploi nous a permis d'établir une statistique mensuelle des opérations faites au Dispensaire. Cette statistique, tenue au jour le jour, nous permettra de vous donner dorénavant, d'une façon exacte, des renseignements sur les moindres détails de notre fonctionnement (Ecole et Dispensaire). Nous pouvons mettre sous vos yeux, dès aujourd'hui, le travail commencé en mai dernier.

Statistique des opérations faites à l'Ecole dentaire de Paris du mois de mai au mois de novembre 1894.

Entrées	12.822
Consultations	1.322
Extractions	2.497
» avec anesthésie	98
Aurifications	236
Amalgames	244
Pansements	1.798
Traitements des caries du 3e et du 4e degré	1.137
Nettoyages	244
Dents à pivot et appareils divers	325

Vous tiendrez compte, sans nul doute, que c'est un début dans cette voie de statistique spéciale et vous pouvez avoir la conviction qu'à l'avenir ce travail s'effectuera régulièrement.

Ces importantes améliorations entraînaient un budget plus élevé. M. le Trésorier vous en donnera du reste le détail. Qu'il me suffise de vous signaler que, le 20 mars, nous innovions des rapports financiers trimestriels, de sorte que notre situation financière est soumise quatre fois par an à votre Conseil d'Administration. A ce propos, nous devons féliciter M. d'Argent et lui adresser nos sincères remercîments pour la façon dont il remplit ses fonctions de Trésorier.

Votre caisse a reçu, comme chaque année, différentes souscriptions, entre autres de MM. Poinsot, Dr Didsbury (Meiller), de Lyon, Ash (de Monaco), Guex (de Strasbourg), etc.

Notre musée s'est enrichi, le 19 juin, d'une magnifique collection de pièces anatomiques, d'une valeur de plus de 2.000 francs, due à la générosité de M. Lecaudey.

Les faits que je viens de vous signaler témoignent d'une manière incontestable de la marche ascendante de l'Ecole.

Il en résulte pour la Société une augmentation notable du nombre de ses membres.

Malgré les décès de MM. Clarke, Malczanowski et Violet-Crouzet, aux familles desquels nous adressons nos sympathiques condoléances, et la disparition de huit membres, MM. Mugnier, Rasumni, Nidart, Tricotté Châtelet, Van Hoëch, Cornesse, Didion, Mayerhofer, considérés comme démissionnaires, nous comptons cette année trente admissions nouvelles ; notre Société possède donc dix-neuf membres de plus que l'année dernière.

L'usage établi de reconnaître officiellement les services rendus par nos collègues ou nos sociétaires nous a procuré le plaisir de vous citer, à notre séance de réouverture, trois de nos confrères.

Nous avons été heureux d'apprendre par M. le Dr L. Labbé, qui présidait cette séance, que M. Lemerle, notre sympathique collègue, sera compris dans la promotion du mois de janvier prochain pour la distinction d'Officier d'Académie. J'ajouterai que MM. le Dr Faucher, ancien professeur, et Museler, de Trèves, ancien sociétaire, ont été nommés membres honoraires.

En terminant ce rapport, et avant de procéder aux élections, il convient d'adresser nos sincères remercîments à M. Poinsot, notre dévoué directeur, qui ne nous a ménagé ni son temps ni sa santé. Il convient également de vous rappeler que vos administrateurs remplissent gratuitement leurs fonctions et donnent gratuitement leur temps à notre institution. La diversité des questions qui ont été examinées et l'importance des résultats obtenus ont nécessité dix réunions supplémentaires, sans compter le nombre considérable des réunions de commissions ; cela vous témoigne assez que ce n'est pas une sinécure. Aussi, si vous constatez quelques lacunes ou quelques imperfections dans leur gestion, ne faudrait-il pas le leur reprocher trop durement, puisque cette gestion est toute bénévole et que vous avez devant vous surtout des hommes de bonne volonté. Si, de plus, vous rapprochez de cela cette circonstance que nul n'est parfait en ce monde, vous n'hésiterez pas à accorder à vos mandataires le tribut de remercîments et de reconnaissance que nous leur croyons légitimement dû.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Par M. J. d'Argent

En jetant les yeux sur les états de finances qui vous ont été remis, en même temps que votre lettre de convocation, on est frappé par le nombre et l'importance des comptes qui viennent alimenter ou drainer la caisse de la Société.

Chaque année, l'Ecole augmente sa prospérité et accroît ses programmes, ce qui a pour conséquence d'étendre aussi proportionnellement ses écritures.

Les honorables membres qui ont, jusqu'ici, rempli les fonctions de Trésorier, ont fait preuve de beaucoup de dévouement et d'un travail considérable, si l'on considère surtout qu'ils tenaient eux-mêmes leurs écritures et que, depuis 6 à 8 ans, leur charge, comme le cadre de cet établissement, s'était accrue dans de grandes proportions.

Toute la comptabilité de l'Ecole reposait sur la tenue régulière d'un livre de Caisse ! — C'était assez pour avoir l'exactitude des comptes, mais tout à fait insuffisant pour en avoir la clarté.

La nécessité d'une comptabilité réelle, se substituant à cette seule annotation des mouvements de Caisse, avait été signalée, à différentes époques, et notamment par mon prédécesseur, M. Viau, et par l'expert-comptable chargé de la vérification des écritures annuelles.

C'est pour écarter cette préoccupation que le Conseil de Direction de la Société m'a élevé au poste de Trésorier, avec mission de doter l'Ecole d'une comptabilité claire et bien ordonnée, en sorte que nous puissions, à chaque instant, nous rendre compte de ce que nous devons, de ce qui nous est dû, de nos achats, de nos ressources, en un mot, de toutes les opérations auxquelles nous nous livrons.

J'ai fait tout mon possible pour atteindre ce but, et, si quelques tâtonnements ont été nécessaires; au début, comme lorsqu'on crée de toutes pièces une œuvre importante, les bases sont aujourd'hui définitivement établies, et l'année qui commence consacrera, je l'espère, l'application irréprochable d'une méthode que le Conseil a déjà appréciée au point de vous demander de la ratifier vous-mêmes, en l'intercalant dans vos règlements.

Notre sympathique Secrétaire général vous a déjà dit que nos divers services s'étaient développés, cette année, dans des proportions très sérieuses, et cela a créé, naturellement, un surcroît de dépenses. Nos ressources, exceptionnellement importantes, nous ont permis de les voter sans compromettre nos finances.

L'année écoulée a vu également se dérouler des événements qui ont eu aussi un grand retentissement sur notre trésorerie, retentissement heureux, je me hâte de le dire; ainsi, nos recettes, qui, selon nos prévisions budgétaires, devaient s'élever au chiffre de 45.750 fr. 00
ont atteint la respectable somme de.............. 87.551 36
c'est-à-dire ont été presque doublées, grâce au nombre des élèves, qui a été de 110, au lieu de 85 qui étaient prévus, et aux cours préparatoires au diplôme de l'Etat, qui ont réuni 115 inscriptions.

Nos locaux se sont trouvés insuffisants pour continuer un enseignement de plus en plus fréquenté, et votre Conseil, profitant de cette heureuse situation financière, a doté l'Ecole de la superbe annexe que vous avez remarquée, ainsi que d'un matériel en rapport avec cet agrandissement et avec le nombre de ses élèves.

Les dépenses ont ainsi été portées à........... 74.751 fr. 15
ce qui laisse néanmoins à l'Ecole un excédent de recettes de.................................. 12.800 21

Sur cette somme, nous avons prélevé la retenue statutaire de 10 0/0, soit....................... 1.280 02
pour l'augmentation de notre fonds de réserve porté, par suite, au chiffre de....................... 11.093 12
produisant un revenu annuel de................. 354 00

Il résulte du bilan, au 30 septembre 1894, que les fonds disponibles s'élèvent à la somme de........ 52.134 20
décomposée comme il suit :

En caisse........................	1.308 fr.	90
Chez le banquier..................	35.182	68
Effets à recevoir..................	193	40
Avances sur le loyer et gaz.........	4.356	10
Fonds de réserve................ ..	11.093	12
Total..............	52.134	20
Contre le chiffre du précédent inventaire.	40.618 fr.	84

Au nom du Conseil de direction, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir approuver ces comptes.

Conseil de Direction

Séance du mardi 18 septembre 1894.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Loup, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Prével, Sauvez et Viau.

M. le Directeur communique une lettre de M. A. B., employé comme assistant chez un dentiste de Calais, et poursuivi pour exercice illégal de l'art dentaire.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de démission de M. Levett comme professeur honoraire. Cette démission est acceptée.

M. le Président communique certains renseignements relativement aux projets d'organisation de l'enseignement de l'art dentaire par la Faculté ; il rappelle les remerciements adressés dans la réunion précédente aux hommes politiques qui ont pris la défense de l'institution. Il communique le texte de la lettre qui leur a été adressée.

Il attire l'attention des membres du Conseil sur la préface de la nouvelle brochure annuelle dont il remet une épreuve. Il rappelle les termes de la loi de 1875, sur lesquels l'Ecole s'appuie au point de vue de son existence comme établissement d'enseignement supérieur libre, et rend compte des démarches qu'il a faites, d'accord avec la Commission.

M. Dubois déclare que l'organisation actuelle est ainsi à l'abri de la loi. Ce fut l'avis même d'une personne compétente lors d'une audience récente accordée à la Commission à propos de l'enseignement. Il propose l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil, s'appuyant sur la déclaration faite au nom de l'Ecole en » conformité de la loi de 1875, approuve les termes de la préface de la » brochure, ainsi que les démarches de la Commission. »

Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité.

M. le Président rappelle un nouvel article inséré dans le journal la *Revue de Stomatologie* du mois d'août, article qui fit l'objet d'une brochure spéciale adressée au monde médical, et à ce sujet signale l'attitude malveillante de M. Magitot à l'égard des écoles dentaires. Il fait part ensuite de la réponse publiée par le *Monde dentaire*.

M. Poinsot donne lecture d'une lettre en réponse aux attaques de M. Magitot qui est jointe au procès-verbal.

M. Francis Jean fait remarquer qu'à part les attaques personnelles dirigées contre le directeur de l'Ecole, et auxquelles M. Poinsot vient de répondre, l'institution n'a pas été ménagée par le Président de la Société de Stomatologie.

Il estime qu'il est du devoir du Conseil de protester unanimement contre ces attaques et serait heureux de connaître, à cet égard, l'avis des membres du Conseil qui font partie en même temps de la Société de Stomatologie.

M. Dubois approuve l'opinion de M. Francis Jean. Il estime que tous doivent protester contre la politique suivie par M. Magitot à l'égard des dentistes français et que chacun des membres du Conseil de direction doit faire connaître sa manière de voir à ce sujet.

M. Frey, membre du comité de rédaction de la *Revue de Stomalogie*, désapprouve hautement la manière d'agir de M. Magitot et dit qu'il est complètement étranger à la publication de ces fâcheux articles. Il déclare, en outre, ne s'intéresser à la Société de Stomatologie qu'au point de vue scientifique. Il profite de cette occasion pour assurer l'Ecole de son dévouement.

M. le Président, au nom du Conseil, remercie M. Frey de ses déclarations et dit que ses collègues n'avaient jamais douté de la sincérité de ses sentiments à l'égard de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Sauvez partage la manière de voir de M. Frey, et se déclare, ainsi que M. Frey, désireux de faire partie de la Commission qui aura qualité pour adresser une réponse aux articles que M. Magitot a publiés dans le but de nuire à l'Ecole.

La discussion est close par la constitution d'une Commission chargée d'examiner les termes de la réponse à adresser à M. Magitot. Cette Commission est composée de MM. Frey, Sauvez, Dubois, Bonnard, Godon, Poinsot et Francis Jean.

Admissions comme membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire Dentaires de Paris.

MM. Girard, chirurgien-dentiste, à Paris.
— Dejean — — D. E. D. P. à Cayenne (Guyane).

Demande d'admission.

M. Gullivers, chirurgien-dentiste à Liège.

Démissions.

MM. d'Argent, Choquet et Arnold adressent leur démission comme préparateurs de cours appelés à d'autres fonctions. — Leur démission est acceptée.

M. le Trésorier propose de considérer comme démissionnaires M. Richard-Chauvin, Mme Richard-Chauvin, M. Duvoisin de Paris, Mme Delbreil-Martinot, MM. Deschaux, Van Hoëck, Ridard, Rasumny, Ballu, Mme Lafforgue et M. Mugnier. — La proposition est adoptée.

En conséquence, les noms sus-indiqués seront supprimés sur la liste publiée dans l'Annuaire de 1894-95.

M. le Président propose la création d'un cours d'anatomie régionale, pour la 3e année. Il fait ressortir l'utilité de ce cours en raison de la nouvelle organisation de l'enseignement préparant aux examens de la Faculté de médecine.

Le Conseil vote la création de ce cours supplémentaire pour l'année scolaire 1894-95, ainsi que le crédit qu'il nécessite.

M. le docteur Sauvez est chargé de ce nouveau cours à titre de professeur suppléant.

M. le Président rappelle l'organisation nouvelle des cours pratiques destinés à préparer les nouveaux élèves à recevoir leurs premiers malades, qui est adoptée.

Demandes de crédits.

M. l'Econome demande le vote d'un crédit de 800 francs pour réparations et peintures des salles, et grillages de l'Ecole. Adopté.

M. le Secrétaire général demande également un crédit de 250 francs pour faire faire deux gravures destinées à la brochure. Adopté.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,

F. JEAN.

Séance du 12 novembre 1894.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Loup, Prével, Sauvez.

MM. Bioux et Gravollet se font excuser.

M. le président, au nom du Conseil, remercie M. Prével de s'être si bien acquitté des préparatifs pour la séance de réouverture des cours.

M. Legret adresse ses remercîments au Conseil pour la médaille qui lui a été offerte.

M. Lemerle remercie le Conseil de la distinction honorifique qui a été demandée pour lui et qui vient de lui être accordée.

Correspondance.

Lettre de M. Michaëls qui remercie également le Conseil pour la médaille qui lui a été offerte par la Société d'Odontologie.

Lettre de M. Mahé, diplômé en juillet dernier, remerciant le Conseil et le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.

Lettre de M. Didsbury, adressant une souscription de 500 fr. à l'Ecole. M. Didsbury a été remercié, au nom du Conseil, par M. Godon, président.

Lettres d'excuses de n'avoir pu assister à la séance de réouverture des cours, de MM. Edmond Develle, sénateur, Alphonse Defumade, député, Paul Strauss, membre du conseil municipal de Paris, les docteurs Paul Chevandier, Ch. Blaquart, Jules Christian, Dubuisson, Laforgue, Teule, Dubonnet, Chauveau, Bellencontre, Ricard, contrôleur de l'armée, Fauvel, Davenport.

Lettre de M. Gravollet, qui consent à suppléer M. Gillard.

Lettre de M. de Marion posant sa candidature au poste de professeur suppléant de prothèse.

Lettre de M. Friteau, candidat au poste de professeur suppléant de pathologie spéciale (maladies de la bouche).

Lettre d'un élève demandant à faire des aurifications en 2e année. Refusé.

Le Conseil nomme M. Museler membre honoraire.

M. le président annonce qu'il a assisté, ainsi que plusieurs membres du Conseil et du corps enseignant, à la séance de réouverture des cours de l'Ecole de la rue de l'Abbaye.

M. le secrétaire général annonce que l'Ecole compte actuellement 90 élèves et donne le résultat de la statistique relative aux opérations faites au dispensaire pendant le mois d'octobre.

M. Dubois fait remarquer qu'à l'Ecole de la rue de l'Abbaye on a donné le nombre des candidats de cette Ecole reçus à la Faculté et désire qu'il en soit fait autant à l'Ecole dentaire de Paris.

Admission comme membre de la Société de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris.

M. Portalier, présenté par MM. Lemerle et d'Argent.

Admission d'élèves.

1re Année. — MM. Bouzique, Eugène ; Brodeur, Lactance ; Huron, Paul ; Mussat, Camille ; Viers, Gaëtan ; Fort, Joseph.

2e Année. — MM. Caroca, Manuel ; Nogué, Raymond ; Papazian, Haroutiun.

3e Année. — MM. Fessler, Emile ; Hauben, Charles.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. C. demandant son diplôme.

Après un échange d'observations entre différents membres, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité, sauf abstention de M. Bonnard.

« Le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris, saisi de la demande de délivrance d'un diplôme par l'un de ses anciens élèves, M. C., décide qu'il n'a pas à reviser une décision prise par le Conseil de l'exercice 1883-84 et passe à l'ordre du jour. »

M. Poinsot informe qu'il y aura une session d'examens à la Faculté, le 10 décembre prochain.

Il annonce en outre que les élèves diplômés en 1894 ne jouissant pas des mêmes faveurs que les autres, il y a là peut-être un oubli dont il est bon de se préoccuper, ainsi que de la composition du jury.

Le Conseil décide que les membres chargés des démarches officielles iront voir M. Brouardel à ce sujet.

M. le Dr Sauvez, au nom de la Commission d'enseignement, donne lecture de son rapport sur l'organisation de deux cours préparatoires :

1° A celui du certificat d'études exigé des étudiants dentistes.

(Les droits à payer pour ce cours sont de 200 fr.) ;

2° A celui du diplôme d'Etat.

Les droits à payer sont :

pour	3	cours	375 fr.
—	2	—	250
—	1	—	150

Il n'est présenté aucune observation sur la première partie.

Quant à la seconde, M. le Président est d'avis de commencer les cours avec 6 élèves lorsque les frais des professeurs seront couverts.

Avec cette modification, le rapport est adopté ainsi que les circulaires relatives à ces cours.

Constitution des jurys de concours.

M. Dubois donne à ce sujet communication du règlement de 1890, que le Conseil adopte.

Constitution des jurys des concours de professeurs suppléants. — Cours des maladies de la bouche.

Président : M. le Dr Sébileau.
Membres : MM. Poinsot, Godon, Dr Marié, Viau.
Délégué du Conseil : M. Barrié.
Délégué suppléant : M. le Dr Sauvez.

Cours de pathologie spéciale (maladies des dents).

Président : M. Dubois.
Membres : MM. Godon, Poinsot, Dr Pinet, Ronnet.
Délégué du Conseil : M. Billebaut.
Délégué suppléant : M. Lemerle.

Cours de prothèse (cours théorique).

Président : M. Gillard.
Membres : MM. Godon, Poinsot, Blocman, Heïdé.
Délégué du Conseil : M. Francis Jean.
Délégué suppléant : M. Quincerot.

M. Martinier demande un crédit de 100 fr. pour l'organisation de son service de prothèse et orthopédie dentaires du jeudi. Accordé.

La séance est levée à

Le secrétaire des séances,
A. LOUP.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, O, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Économe.

MEMBRES

J. Barrié. — **L. Bioux.** — **J. Bonnard.** — **P. Dubois.** — **L. Frey.** — **Gravollet-Leblan.** — **Legret.** — **Loup.** — **Löwenthal.** — **Ed. Prest.**

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, O. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✱ O.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, O, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, O, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, O, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, O, Dr en médecine.
P. Poinsot, O, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'École J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher O, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, O, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, Docteur en médecine.
F. Touchard O, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE O. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, MEUNIER, HIRSCHBERG, JOSEF, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.
LOWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

1. Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'École Dentaire de Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1894-95 (Treizième année)

Ch. GODON, DIRECTEUR.
Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties : l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat**.

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.* | M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Papot, *vice-président.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.	Province.
MM. Billet.	*Nord-Est.*
Claser.	MM. Audy, Senlis.
d'Argent.	Chouville, Saint-Quentin.
Devoucoux.	*Sud-Est.*
Godon.	Dr Guillot, Lyon.
Francis Jean.	Schwartz, Nîmes.
Lemerle.	*Nord-Ouest.*
Löwenthal.	Coignard, Nantes.
Martinier.	Richer, Vernon.
Prével.	*Sud-Ouest.*
Rollin.	Douzillé, Agen.
Viau, ✿.	Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser. | M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent. | MM. Claser.
Billet. | Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✿. | M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.	MM. Dugit (A).
Chrétien.	Gardenat.
Debray, père	Pillette.
Dugit, père.	Wiesner, ✵, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France, et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois.)

A VENDRE 2 fauteuils en bois et un petit meuble à tiroirs, pour clinique dentaire. Prix des fauteuils, 25 francs chacun. — S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, 4, rue Turgot.

ON DEMANDE un bon opérateur pour Paris. S'adresser à MM. Contenau et Godart.

UN Dr EN MÉDECINE, aurificateur, disposant de capitaux, désire acquérir à Paris un cabinet de dentiste faisant 100 à 200.000 francs d'affaires justifiées pendant les 5 dernières années. Ecrire à M. le Dr Martin, aux bons soins de M. Jacqueroud, rue Duphot, no 16, Paris.

A CÉDER de suite, pour cause de santé et de départ, un cabinet dentaire récemment créé dans une grande ville de France. Excellente situation. Pas de reprise. On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 5 pièces. S'adresser au bureau du journal, aux initiales D. G.

CABINET A CÉDER pour cause de santé dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2 500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER pour cause de santé, un cabinet de dentiste, admirablement situé à Paris (bonne et ancienne clientèle). Affaires : de 15 à 18.000 fr. — On traiterait avec 10.000 fr. comptant. — S'adresser à M. Levier, 1, rue Meslay (place de la République), Paris.

UN ÉLÈVE de l'École Dentaire de Paris demande une place de mécanicien ou d'opérateur pour l'après-midi.

ON DEMANDE un bon opérateur et un bon mécanicien, chez M. Hélot, 34, rue du Château, Brest.

A CÉDER de suite cabinet anglais, pour cause de changement de situation, dans une ville de 40.000 habitants, faisant 20.000 fr. d'affaires par an. On traiterait pour 20.000 fr. — S'adresser au Journal sous les initiales N. E. W.

A CÉDER, pour cause de changement de situation, un cabinet créé fin 1891, affaires 5.000 fr., allant en augmentant d'un quart chaque année depuis la création, pouvant aller à 10.000 fr. dans quelques années. Prix demandé 3.000. On laisserait au successeur l'installation du cabinet et du salon. — S'adresser à M. Loubières, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).

UN DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, ancien élève de l'Ecole de New-York, parlant l'anglais et l'espagnol, demande une place d'opérateur. S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, D. H.

15e ANNÉE. FÉVRIER 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. No 2

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES MANIFESTATIONS BUCCO-FACIALES DE L'ACTINOMYCOSE CHEZ L'HOMME

Par M. ED. CHRÉTIEN
Interne des Hôpitaux de Paris.

I

La cavité buccale sert de réceptacle à un nombre considérable de parasites, qui y vivent à l'état de saprophytes, soit d'une façon constante, soit au contraire momentanément, pour acquérir, dans des circonstances encore mal connues, un pouvoir pathogène qui se manifestera, soit sur place, par des altérations de la muqueuse buccale et de ses annexes, soit à distance, sur des viscères plus ou moins éloignés, les poumons par exemple.

Parmi ces parasites, les uns, d'une organisation inférieure, appartiennent aux *bactériacées* ; les autres, au contraire, d'une structure plus complexe, doués de caractères biologiques propres, s'éloignent des microbes, sans cependant rentrer dans le cadre des *macrobes*, formant par conséquent dans le grand chapitre du parasitisme animal une classe à part, dont les limites sont et resteront sans doute encore longtemps indécises.

Si l'on consulte la liste des parasites buccaux (Vignal, Galippe, Miller), on est frappé de voir que si, dans cette classe de transition, on rencontre à chaque instant des organismes tels que le *leptothrix*, l'*oïdium albicans*, nulle part, pour ainsi dire, on ne voit signaler le prototype des représentants de cette catégorie, l'*actinomyces*. C'est cependant surtout par des manifestations buccales que l'attention a été attirée sur lui, et il existe peu de micro-organismes qui aient été en si peu de temps l'objet d'aussi nombreuses recherches de la part des bactériologistes, des anatomo-pathologistes, des cliniciens et des thérapeutes.

L'actinomycose peut s'attaquer à tous les organes, à toutes les

régions de l'économie ; parmi celles-ci, la région bucco-faciale est de beaucoup la plus fréquemment atteinte, et c'est l'actinomycose de la bouche et de la face que nous allons étudier exclusivement.

Il nous semble impossible de séparer les accidents qu'on observe dans la bouche de ceux qui se produisent à la face, car, ainsi que nous venons de le dire, l'actinomycose humaine, contrairement à celle des bovidés, a une grande tendance à la diffusion et presque toujours les lésions buccales, loin d'être circonscrites, empiètent en même temps sur la face et sur la région cervicale[1].

II

L'actinomycose a été observée dans tous les pays. Il est cependant très remarquable qu'elle soit beaucoup plus fréquente dans certains pays que dans d'autres ; c'est ainsi que, rare en France, elle est très commune en Allemagne, en Autriche et en Russie ; on l'a rencontrée également en Suisse, en Hollande, en Angleterre, en Danemark, en Lombardie, aux Etats-Unis, au Canada, en Australie, au Brésil et en Egypte.

La répartition de cette maladie est très irrégulière et on retrouve, comme pour le charbon, de véritables *centres* d'infection. En France, par exemple, certaines régions, telles que le Nord, la Savoie, l'Ain, sont particulièrement privilégiées ; tandis qu'à Paris les cas en sont très rares, ils sont de beaucoup plus fréquents à Lyon.

D'une façon générale, les régions humides et les années pluvieuses lui sont favorables.

L'actinomycose frappe indistinctement les deux sexes, à tous les âges de la vie.

Comment se produit l'infection ? On a incriminé successivement ou simultanément les traumatismes, le contact avec des bestiaux, le contact avec des plantes et l'alimentation.

L'influence du traumatisme paraît bien hypothétique et les cas invoqués à l'appui de cette idée ne permettent pas de formuler une conclusion affirmative; il ne semble y avoir eu là qu'une simple coïncidence, et c'est tout au plus si l'on peut accuser le traumatisme d'avoir créé un *locus minoris resistentiæ*.

De ce fait que l'actinomycose est une maladie fréquente chez les bestiaux, on a conclu très facilement que l'homme s'infectait au contact de ces animaux, du bœuf en particulier.

Quelque séduisante que soit cette idée, on est forcé d'y renoncer par le simple examen des statistiques, car elles prouvent que, si l'actinomycose s'observe fréquemment chez les gens de la campagne, chez les individus ayant des rapports avec des bestiaux, elle ne s'observe pas exclusivement chez eux.

---

1. Pour tout ce qui concerne la morphologie et la biologie de l'*actinomyces* (procédés de coloration, examen microscopique, cultures, inoculations, classifications), la symptomatologie générale, la bibliographie de la question, nous renvoyons le lecteur à la revue générale « *de l'actinomycose humaine* », que nous avons publiée dans la *Semaine Médicale* (12 janvier 1895). E. C.

Aussi, à l'heure actuelle, tout le monde est-il d'accord pour attribuer à l'actinomycose une origine végétale, opinion qui s'appuie sur une quantité de faits, la plupart récents, parmi lesquels nous signalerons les cinq cas où Boström a trouvé des barbes d'épis de blé dans le pus d'un foyer.

Il semble donc *a priori* que l'actinomycose puisse pénétrer dans l'économie par l'intermédiaire des substances alimentaires végétales ou animales. Les avis à ce sujet sont partagés, et tandis que les uns interdisent radicalement l'emploi de la viande des animaux actinomycosiques, d'autres font observer que ces animaux sont abattus au début de leur affection, sans que celle-ci ait eu le temps de se généraliser; qu'il y aurait par conséquent abus à prohiber la consommation de toute la viande des animaux reconnus atteints de cette affection. C'est l'avis de M. Nocard. D'après lui, il ne semble pas, en définitive, que l'actinomycose soit à proprement parler une maladie contagieuse ; tout au moins ne l'est-elle que très faiblement. Il n'est pas probable que l'homme reçoive l'actinomycose des animaux comme il en reçoit la morve, la rage, la fièvre aphteuse, la trichinose, la ladrerie et même la tuberculose. La source d'infection est la même pour l'homme et les animaux, et les graminées servent vraisemblablement de véhicule au parasite.

A côté de ces considérations générales qui concernent l'origine de toutes les manifestations organiques de l'actinomycose en général, il en est d'autres qui se rattachent plus particulièrement à l'étiologie de l'actinomycose buccale.

De même que les bovidés s'infectent facilement en triturant des graines dont l'enveloppe sert à la fois de véhicule au parasite et de facteur au traumatisme par lequel le parasite pénétrera, de même, chez l'homme, l'infection se produira en mâchant des graines, parmi lesquelles l'orge et les épis de blé sont les plus incriminés : n'arrive-t-il pas souvent qu'on se serve d'un fétu de paille, d'une tige de graminée comme d'un cure-dent ? Que de gens ont la manie de se tourmenter les gencives avec un bout de bois quelconque !

Certains auteurs ont attaché une grande importance à la présence des dents cariées qui, servant d'habitat au parasite, sont ensuite la source d'une infection qui, à travers le canal radiculaire, s'étend à l'os maxillaire et se répand de là dans le voisinage.

Cette théorie s'appuie sur deux cas d'Israël et de Murphy dans lesquels la sonde passait à travers une dent cariée et pénétrait dans un foyer actinomycosique. On a également invoqué ces faits que, dans bien des cas, les dents sont cariées du côté malade ; qu'une dent cariée est en rapport avec une traînée actinomycosique ; que, suivant le malade, la tuméfaction, s'accompagnant ou non de douleurs, siégeait d'abord au voisinage d'une dent cariée, qu'elle s'en éloignait ensuite pour envahir les parties voisines, etc.

Et cependant ce rapport n'est qu'apparent, car 1° l'actinomycose centrale du maxillaire est exceptionnelle ; 2° l'actinomycose est fréquente avec des dents absolument saines (Voorden, Guder, Moosbrugger, Roux, etc.); 3° la présence d'actinomycètes dans les dents cariées,

signalée par quelques-uns (Israël, Partsch), n'a pas été confirmée par d'autres auteurs (Boström, Islaï) : il n'y a pas de champignons dans les cavités de carie ni dans le canal radiculaire. Si l'on veut bien se reporter au mémoire de Miller [1] traduit et publié récemment dans ce même journal, on verra que, parmi les innombrables microorganismes qui vivent aux dépens de la pulpe dentaire, aucun ne lui a donné les réactions de l'actinomyces.

Quant aux douleurs et aux fluxions qui, dans bien des cas, ont précédé l'apparition de l'actinomycose, il faut les considérer non comme le commencement de la maladie, mais comme des lésions prédisposantes à cause du ramollissement inflammatoire de la gencive qui les accompagne (Illich).

D'ailleurs la carie n'a pas été seule incriminée ; on a également rattaché à l'origine de l'affection d'autres lésions, telles que la plaie consécutive à l'extraction d'une dent (Schartau), la déchirure que provoque l'éruption d'une dent de sagesse (Müller, Moosbrugger), telles que les différentes stomatites, etc., et il semble que ce soit à juste titre, car elles ouvrent véritablement une porte d'entrée au parasite.

Etant donné que Johne avait trouvé de l'actinomyces sur les amygdales d'un porc, étant donné la sensibilité extrême de ces organes, leur structure, leurs fréquentes lésions, leur situation, il semblait qu'ils dussent être souvent la porte d'entrée de l'actinomycose : pas un seul cas n'en a été signalé.

III

L'actinomycose bucco-faciale est, avons-nous dit, parmi les formes cliniques de cette maladie parasitaire, de beaucoup la plus fréquente. Tantôt elle se localise à la région péri-maxillaire, à la joue, au cou, à la cavité buccale, à la langue ; tantôt toutes ces parties sont plus ou moins endommagées.

Elle affecte trois types différents :

Dans quelques cas, assez rares, on observe, comme chez le bœuf, au voisinage du maxillaire, un néoplasme à évolution lente et chronique, simulant un sarcome périostique, mais renfermant des *granulations actinomycosiques* [2] : tels sont les cas d'Israël, de Babes,

---

1. Miller. Introduction à l'étude de la bactériologie de la pulpe dentaire (*l'Odontologie*, août et septembre 1894).

2. Bien que nous ne puissions ici aborder la description morphologique de l'*actinomycose*, il importe de dire quelle est la nature de ces granulations en raison de leur caractère absolument pathognomonique.

A l'ouverture d'un foyer actinomycosique, on voit au milieu du pus qui s'en écoule une quantité de petits corpuscules de couleur jaunâtre, arrondis, plus ou moins consistants, semblables à des grains de sable.

Si l'on examine l'un de ces grains au microscope, on voit qu'il se décompose en un certain nombre de grains plus petits formés eux-mêmes : 1° d'une masse centrale, réseau de filaments plus ou moins ondulés, ou contournés en vrilles ; 2° d'éléments périphériques disposés comme des rayons qui, isolés, ont la forme d'un corps allongé dont l'extrémité libre est renflée en

de Glaser. Il est possible qu'il existe chez l'homme une *actinomycose néoplasique limitée*. Peut-être, comme le suggèrent Cornil et Babes, certaines tumeurs considérées comme des sarcomes, certaines affections parotidiennes, ne sont-elles autre chose que des manifestations actinomycosiques. Diday a émis l'opinion que l'épulis, affection protéiforme, tantôt simple végétation, tantôt véritable tumeur maligne, pourrait bien se rattacher à l'actinomycose.

D'autres fois la forme bucco-faciale évolue comme un phlegmon avec fièvre : il se forme au niveau de la mâchoire inférieure un foyer qui se ramollit et duquel s'écoule à l'incision une quantité plus ou moins grande de pus renfermant des grains jaunes caractéristiques. Certains phlegmons du cou, connus sous le nom d'*angine de Ludwig*, rentrent dans cette forme, car Roser et Kapper ont démontré leur origine mycosique. C'est dans ces cas à évolution aiguë que l'on voit se former des fusées purulentes qui suivent une marche descendante vers le pharynx, la gaîne celluleuse du paquet vasculo-nerveux cervical, enfin vers le médiastin : c'est ainsi que dans un cas, la veine jugulaire ayant été érodée, on vit un bourgeon y pénétrer et devenir le point de départ de foyers secondaires dans le cœur droit, le cerveau, la rate.

Le plus souvent la maladie affecte le type d'une inflammation chronique. On observe alors une tuméfaction indolore, sans limites précises, sans réaction générale, donnant à la palpation une sensation de fausse fluctuation. La peau, au bout d'un temps souvent fort long, devient violacée, livide, s'amincit, se rompt, laissant s'écouler un pus liquide. La plaie, dont les bords sont le siège d'une induration spéciale, ne se cicatrise pas : il se forme des trajets fistuleux par lesquels sortent quelquefois des bourgeons fongueux, des grains jaunâtres. Au pourtour de ces foyers la peau est indurée : on sent dans son épaisseur de petits noyaux durs, de volume variable. Si l'on introduit une sonde dans l'une de ces fistules, on constate qu'elle est profonde ; mais la plupart des auteurs admettent que le processus s'arrête à l'os. Chez le bœuf, l'os est toujours atteint, quelquefois même il est le point de départ de la maladie et est creusé de cavités profondes plus ou moins cloisonnées remplies par la masse morbide ; chez l'homme, au contraire, le maxillaire est très rarement malade. C'est ainsi que, dans le cas de Rochet, cas fort intéressant d'actinomycose buccale chez un emboqueur de pigeons, malgré l'apparence d'ostéite il n'y avait pas de lésions osseuses, pas d'ostéite, pas même de dénudation maxillaire : l'inflammation était partout *parostale*.

Les gencives, à l'inverse de l'os, sont altérées, ramollies, les dents se déchaussent et tombent ; quelquefois le malade éprouve de

---

massue, tandis que l'extrémité profonde est effilée ; 3° enfin de granulations punctiformes disséminées au milieu du réseau fibrillaire.

Les procédés de coloration par la safranine, le picro-carmin, la fuchsine, etc., permettent d'étudier plus en détail chacun de ces éléments qui ne sont autre chose que les diverses formes que revêt le parasite *actinomyces* aux différentes phases de son évolution.

vives douleurs ; la mastication, la déglutition, d'abord gênées, deviennent impossibles. On peut voir apparaître des accidents connexes (trismus, œdème facial, palpébral,etc.) qui dénaturent la physionomie ordinaire de la maladie.

La lésion primitive peut également siéger ailleurs qu'au niveau du maxillaire inférieur : on la rencontre dans les régions sous-maxillaire, maxillaire supérieure ; d'autres fois elle attaque les parotides.

Du côté des glandes salivaires, l'actinomycose peut devenir le point de départ d'accidents secondaires en ce sens qu'on a vu les masses actinomycosiques être le centre de formation de calculs salivaires. C'est ainsi que Majocchi[1], parmi les nombreux calculs salivaires qu'il a étudiés au point de vue bactériologique, en a rencontré un dans le canal de Wharton au milieu duquel il y avait des masses actinomycosiques.

La langue peut être atteinte de différentes façons : tantôt la lésion siège primitivement à la langue, mais envahit rapidement les tissus voisins ; tantôt au contraire elle se propage des tissus voisins à la langue ; quelquefois il s'y forme un abcès métastatique ; dans certains cas enfin il existe une *actinomycose linguale primitive* isolée, se manifestant sous la forme d'une tumeur indolore dont le siège est la moitié antérieure de la langue, tout près de la pointe : son volume est environ celui d'une noisette et elle n'est pas fluctuante. Le nodule occupe ordinairement toute l'épaisseur de la langue, mais il fait rarement saillie à sa surface : la muqueuse qui le recouvre est indemne, mobile, quelquefois lisse, amincie, violacée ; dans un cas il y avait une véritable ulcération. Cet actinomycôme lingual est nettement circonscrit, sans traînées adjacentes, sans trajets fistuleux, ce qui le distingue des autres tumeurs actinomycosiques et surtout de l'actinomycose linguale du bœuf dont la langue est envahie par des traînées parties d'un nodule primitif, ce qui lui donne une dureté remarquable qui lui a valu le nom de *Holzzunge* des Allemands (langue de bois) et en fait un organe inutile pour l'animal.

Exception faite pour la forme linguale, l'actinomycose cervico-facio-buccale a une tendance marquée à envahir les parties voisines : tantôt elle se porte vers le rachis, simulant un mal de Pott, tantôt vers le cerveau ; d'autres fois elle gagne le thorax, envahit les plèvres, les poumons, etc. Il importe cependant de faire remarquer que, dans l'actinomycose buccale, bien que le malade déglutisse infailliblement des masses parasitaires, on n'observe qu'exceptionnellement une infection intestinale.

IV

Nous n'avons pas l'intention, à propos des localisations buccales de l'actinomycose, d'étudier toute l'*anatomie pathologique* de cette

---

1. Majocchi. *L'actinomyces in una concrezione del condotto Whartoniano Contributo allo studio intorno, alla origine parassitaria dei calcoli salivali.* (*Arch. per le Scienze Mediche*, 1892, *XVI*, n° 15).

affection. Il est cependant nécessaire de faire remarquer qu'elle varie dans ses manifestations suivant le terrain sur lequel elle évolue. Il est bien évident que si l'examen microscopique, l'étude des cultures, n'étaient venus en aide au clinicien, celui-ci eût été incapable d'affirmer que l'actinomycose bovine était la même maladie que l'actinomycose de l'homme.

Tandis que chez le bœuf l'actinomycose se traduit surtout sous forme de *tumeurs* dont la structure est celle du sarcome, chez l'homme elle se manifeste par des *foyers de suppuration.*

Nous avons vu, en parlant des actinomycoses localisées primitives, que l'on rencontre chez l'homme aussi l'actinomycose sous la forme « tumeur » ; il n'en est pas moins vrai que, la plupart du temps, c'est à la formation de pus que la maladie aboutira. Pourquoi cette différence entre l'homme et l'animal ? Est-ce parce que l'animal est accessible à la suppuration ? Est-ce parce que les associations microbiennes sont plus fréquentes chez l'homme ? On n'en sait rien. C'est là une question à élucider. Quoi qu'en disent bien des auteurs, l'actinomyces est un organisme pyogène chez l'homme : le cas de Netter le démontre; il faudrait donc qu'il perdît cette propriété chez le bœuf.

Dès que le parasite a pénétré dans les tissus, dans la joue, dans les lèvres par exemple, il détermine autour de lui une irritation analogue à celle qui se produit autour de tout corps étranger. Il se forme un nodule actinomycosique, un granulôme dont la structure histologique est calquée sur celle du follicule de Köster : une partie centrale plus ou moins ramollie renfermant des touffes d'actinomyces, cellules géantes multinucléées, cellules épithélioïdes volumineuses, le tout emprisonné dans une couche plus ou moins épaisse de cellules fusiformes disposées concentriquement (Nocard). La réunion de ces nodules forme une masse néoplasique, l'*actinomycôme*, qui suppure promptement. Il se produit alors un abcès qui se fusionne bientôt avec des abcès de même origine, et l'aspect de la lésion primitive est profondément modifié.

Des fusées lointaines, de l'œdème inflammatoire à distance, des fistules multiples, des cicatrices à côté ou au milieu de foyers en pleine activité, des désordres secondaires, donnent l'impression d'un tableau clinique complexe, au milieu duquel il serait, comme le fait remarquer Rochet, difficile de se débrouiller si l'on n'avait pour se guider la présence des grains actinomycosiques.

La constatation des grains jaunes dans le pus et dans les fongosités, leur examen bactériologique, sont les seuls auxiliaires du clinicien, auxiliaires infidèles, puisqu'il est bien des cas où ces grains font défaut. Aussi le *diagnostic* reste-t-il difficile et, dans la plupart des cas d'actinomycose buccale que les dentistes ont eu à soigner, se sont-ils mépris sur la nature de la tuméfaction, ont-ils arraché une, puis deux molaires, quelquefois plusieurs dents encore, sans aucun résultat.

On peut, s'il y a suppuration, croire que l'on a affaire à un *phlegmon* anormalement torpide, avec tendance à la diffusion. Mais si l'on

songe que cette tuméfaction date de plusieurs semaines, que, malgré son aspect phlegmoneux, elle ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux, si l'on note sa dureté, son siège voisin du maxillaire, l'idée de l'actinomycose s'éveillera, idée qui se confirmera souvent à l'incision, et on pourra confondre avec un *périostite alvéolo-dentaire.* Mais dans l'actinomycose l'os est rarement dénudé, exceptionnellement atteint. Nous avons déjà parlé des petites tumeurs connues sous le nom d'*épulis* et de leur nature probable. Il faudra également distinguer le *sarcome* : ce diagnostic difficile s'appuiera sur ce que l'actinomycose ne retentit pas sur l'état général comme le sarcome, qu'elle a une plus grande tendance à envahir les parties voisines, avec une multiplicité de trajets fistuleux que l'on ne rencontre pas dans le sarcome.

L'*ulcération syphilitique*, l'*épithélioma*, la *scrofulo-tuberculose* ne se reconnaissent que par l'examen microcospique. Quant à la forme linguale, elle a, nous l'avons vu, un aspect spécial qui permettra de la distinguer des *gommes*, des *tubercules*, du *cancer*.

V

Quoique l'étude de l'actinomycose ne date pas de bien longtemps, l'époque est déjà loin où on la considérait comme une affection très grave, et si la terminaison des cas observés au début était généralement fatale, c'est que les cas bénins passaient inaperçus ou étaient mal diagnostiqués.

En ce qui concerne plus particulièrement l'actinomycose bucco-faciale, on peut dire que, parmi les centaines de cas observés, on n'a signalé que fort peu de terminaisons mortelles et que son *pronostic* est bénin : cette forme est même susceptible de guérir spontanément. Elle n'amène pas toujours des accidents graves et l'on peut voir un trajet fistuleux parti d'un foyer actinomycosique de la joue venir s'ouvrir dans la cavité buccale, au voisinage des gencives par exemple, sans qu'il en résulte pour cela d'aggravation, car, ainsi que nous l'avons dit, le malade peut déglutir impunément des masses parasitaires.

Néanmoins, sitôt le diagnostic posé, on doit se hâter de lutter contre la maladie avec les moyens prophylactiques, chirurgicaux et médicaux qui sont à notre disposition.

Il est difficile en somme de préciser les *mesures prophylactiques* à prendre. Néanmoins on peut dire qu'il est deux sortes de précautions indispensables : avant tout, tenir la bouche et les dents dans un état de propreté absolue à l'aide des antiseptiques ordinaires, s'abstenir de porter à la bouche aucune graine, aucune tige de céréales, aucun épi. De plus, comme la demi-cuisson est souvent insuffisante pour éviter tout danger d'infection, il faut exiger une inspection sérieuse, une surveillance sévère des viandes mises en vente, au besoin leur examen microscopique quand elles sont suspectes.

Le *traitement chirurgical*, seul employé pendant longtemps, a donné des résultats très divers. Si l'on est en présence d'un foyer

suppuré avec trajets fistuleux rebelles par lesquels font saillie des bourgeons fongueux baignant dans un liquide purulent, il n'y a qu'un traitement : c'est celui des suppurations chroniques, c'est-à-dire l'incision suivie d'un curettage minutieux de la paroi de la poche et des trajets fistuleux, au besoin d'une cautérisation au thermo-cautère ; puis on fait un lavage antiseptique fort et un tamponnement à la gaze iodoformée. La plupart du temps on obtient ainsi un excellent résultat.

Il n'y a pas de raison, comme l'ont proposé plusieurs auteurs, pour réséquer une portion du maxillaire, puisque celui-ci n'est pour ainsi dire jamais atteint ; et, en admettant même que sa surface soit érodée, un grattage avec la rugine sera bien suffisant.

Quelquefois cependant il existe une infiltration diffuse dont il est difficile d'atteindre les limites et le traitement échoue, faute d'avoir détruit toute la lésion. Les auteurs allemands ont préconisé en pareil cas les injections intra-parenchymateuses de liquides anti-parasitaires : sublimé en solution de 1 0/00 à 1 0/0 (Illich), acide borique (Volkmann), teinture d'iode (Israël), chlorure de zinc, acide phénique, acide salicylique, nitrate d'argent, etc.

Les résultats ont été médiocres ; nous ne citerons que pour mémoire le traitement par la lymphe de Koch, imaginé par Billroth, le traitement électro-chimique préconisé par le docteur Gautier.

Nos moyens de lutte contre l'actinomycose seraient donc relativement restreints si Thomassen d'Utrecht n'avait, dès 1885, trouvé dans l'*iodure de potassium* un médicament en quelque sorte *spécifique* de l'actinomycose.

En l'administrant à la dose de 6 à 10 grammes, cet auteur vit disparaître les tumeurs actinomycosiques du bœuf. L'iodure hâte l'élimination des grains par les fistules, et favorise leur résorption au milieu des régions infectées. Les tumeurs, les nodosités disparaissent rapidement, en partie éliminées, en partie résorbées. S'il y a une ulcération, on la voit, sous l'influence de l'iodure, se dessécher, se rétracter rapidement, laissant à sa place une petite dépression cicatricielle blanchâtre.

Longtemps méconnu, le traitement par l'iodure est maintenant considéré comme le seul dont les résultats soient à peu près certains, sans qu'on connaisse exactement le mécanisme intime de son action.

Comment doit-on administrer l'iodure de potassium ? Thomassen le donnait, avons-nous dit, à la dose de 6 à 10 grammes par jour, montant quelquefois jusqu'à 12, même 14. Les vétérinaires américains ont constaté que les résultats étaient satisfaisants, surtout dans les cas où apparaissent des symptômes d'iodisme.

Dubreuilh a donné 9 grammes du médicament, Netter 6 grammes au début, réduisant la dose jusqu'à 2 grammes ; le résultat a été immédiat. L'iodure a été continué pendant cinq jours, puis cessé pendant deux jours et ainsi de suite.

Dans l'actinomycose bucco-faciale, il sera toujours avantageux de joindre au traitement médical par l'iodure l'intervention chi-

rurgicale telle que nous l'avons exposée plus haut. Enfin il ne faut pas oublier que le traitement *général* tonique, reconstituant, peut, en empêchant la dénutrition de l'organisme, être un auxiliaire utile dans la lutte contre l'actinomycose.

DE L'ASEPSIE DU MATÉRIEL OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. J. Choquet, D. E. D. P.
Démonstrateur à l'École Dentaire de Paris.
(*Communication faite à la Société d'Odontologie*)

Quoique l'on ait déjà beaucoup écrit sur l'asepsie et l'antisepsie que l'on doit obtenir dans le cours de toute opération chirurgicale, nous croyons utile de formuler quelques réflexions au sujet de la désinfection, de l'asepsie parfaite que doivent présenter tous les instruments que nous employons journellement, car, avec le nombre relativement élevé de micro-organismes que contient la cavité buccale, même à l'état sain, nous sommes appelés, si nous ne prenons pas de précautions en conséquence, à transporter d'un milieu contaminé dans un organisme sain des germes de maladies quelquefois terribles, en tout cas qui ne sont jamais agréables.

Nous savons, il est vrai, d'après les expériences du professeur Bouchard, que l'homme sain n'est pas hospitalier pour le microbe, et que son organisme possède d'énergiques moyens de défense contre certaines invasions microbiennes; mais encore faut-il que cet organisme, au moment de la contamination ou de l'inoculation, se trouve dans un état d'intégrité parfaite, qu'il ne soit pas sous le coup d'une dépression physiologique quelconque, et que cet état sain persiste jusqu'à ce que l'élément étranger ait été détruit par la réaction salutaire que doit opérer et qu'opère toujours l'organisme dans de semblables conditions.

Autrement, si, entre temps, c'est-à-dire entre le moment de la contamination et l'époque à laquelle le virus inoculé doit être détruit, il vient à se produire une diminution quelconque de la résistance vitale, le même virus résiste à l'action des leucocytes, il leur tient tête, et, pour peu que cet état semi-pathologique continue, il restera à l'état latent, jusqu'à ce que l'organisme dans lequel il a pénétré réagisse définitivement et achève ce qu'il avait commencé de faire, ou bien alors, la dépression physiologique s'accentuant, ce virus prendra le dessus, et trouvant un excellent milieu de culture réalisant au plus haut point (comme c'est le cas pour la bouche) toutes les qualités requises pour un beau développement, il proliférera et finira par franchir toutes les barrières que lui opposaient les éléments normaux de cet organisme. Nous ne devons pas cependant nous fier entièrement à cette résistance de l'organisme à l'invasion microbienne, et tous nos soins et tous nos efforts doivent tendre à lui faciliter sa tâche. Aussi notre but est-il de chercher à

éviter par tous les moyens possibles la plus légère contamination du micro-organisme, même le plus anodin, le plus vulgaire, le moins pathogène, car la bactériologie est encore une science trop récente pour que nous puissions affirmer qu'une espèce bactérienne, absolument inoffensive jusqu'ici, ne deviendra pas un jour, par suite de causes inconnues, très parfaitement pathogène pour le milieu dans lequel elle sera introduite.

Cela posé, entrons franchement dans le sujet qui fait l'objet de cette communication.

Comme nous sommes forcés de nous servir du même instrument pour plusieurs personnes différentes, comment devrons-nous agir pour que cet instrument, sortant d'une bouche au contact de laquelle il s'est chargé d'une couche superficielle de mucus ou de salive, contenant beaucoup de bactéries, transporté dans une autre bouche, n'y dépose que les mêmes bactéries, mais détruites et impuissantes à se reproduire? Ce résultat, nous pouvons l'obtenir, soit au moyen des agents chimiques, soit au moyen des agents physiques, et les instruments qui auront subi l'action de l'un ou l'autre de ces agents pendant le temps nécessaire à la désinfection seront dits aseptiques, c'est-à-dire privés de propriétés septiques, s'ils venaient à blesser ou meurtrir une muqueuse quelconque. Ils seront donc *aseptiques*, mais non pas *antiseptiques*. Nous insistons un peu sur ce point, car, trop souvent, les deux termes asepsie et antisepsie sont employés à tort l'un pour l'autre.

L'*antisepsie* est une méthode qui a pour but de détruire ou d'arrêter dans leur développement les micro-organismes infectant l'organisme, opération qui se fait à l'aide des antiseptiques ou désinfectants, qui sont de deux sortes: les agents chimiques et les agents physiques. Et c'est grâce à l'emploi de ces agents que l'on arrive à rendre les instruments aseptiques.

Pour atteindre ce but, nous emploierons aussi bien les agents chimiques que les agents physiques, nous verrons pourquoi tout à l'heure.

Si nous voulons utiliser les agents chimiques, ils doivent, avant tout, être solubles et pouvoir se mélanger intimement aux micro-organismes avec lesquels on les met en contact.

Parmi ceux-ci, les uns, qui possèdent un pouvoir bactéricide très prononcé, le sublimé par exemple, sont très bons comme désinfectants, mais présentent le grave inconvénient d'altérer et de détériorer les instruments. D'autres, au contraire, n'ont aucune action nuisible pour ceux-ci, mais en revanche ils sont absolument impuissants à les désinfecter et, par conséquent, impropres à nous rendre les services que nous en attendons. Parmi les agents physiques, la chaleur seule est applicable, soit à l'état sec, soit à l'état de vapeur d'eau sous pression; encore, dans ce cas, ne pouvons-nous pas, — quoique, à notre avis, ce soit le meilleur de tous les désinfectants, — toujours nous en servir, pour une raison ou pour une autre, raisons que nous énumérerons du reste lorsque nous parlerons de l'asepsie proprement dite de nos instruments.

Avant d'aller plus loin, donnons d'abord une courte définition des différentes méthodes que l'on peut employer pour utiliser les deux procédés par les agents chimiques et par les agents physiques.

Les agents chimiques, désignés sous les noms d'*antiseptiques* ou *désinfectants*, sont tantôt en poudre, tantôt en solution.

Dans le premier cas, pour les utiliser nous dissolvons cette poudre dans un liquide approprié et nous en faisons des solutions au titre et à la concentration que nous jugeons convenables. Dans le second cas, nous en faisons des dilutions et, dans l'un comme dans l'autre cas, nous y plongeons nos instruments pendant tout le temps nécessaire à la désinfection parfaite.

Les antiseptiques n'ont pas le même pouvoir germicide à l'égard de toutes les bactéries. Telle espèce qui présentera le summum de puissance destructive sur un micro-organisme, n'aura aucune action sur telle autre bactérie.

C'est pour cela que nous préférons de beaucoup pour la désinfection de nos instruments les agents physiques aux agents chimiques. Du reste, lorsque nous employons la chaleur, soit sèche, soit humide, nous ne risquons jamais de détériorer nos instruments. Dans le premier cas, nous nous servirons de stérilisateurs en cuivre ou en tôle, dans lesquels les instruments, préalablement débarrassés de la plus grande partie de ce qui les a contaminés, sont placés et séjournent pendant des durées et des températures variables, d'une demi-heure à deux heures et de 140 à 200 degrés.

En règle générale, on peut dire qu'à 150° tout micro-organisme est détruit, mais il vaut toujours mieux pousser la température un peu plus loin, vers 160° par exemple, et maintenir cette températurature pendant au moins un quart d'heure.

Nous conseillons de pousser jusqu'à 160°, car les expériences de Kock et Wolffhügel ont démontré que les spores des bacilles du charbon, du foin et de la terre de jardin ne sont détruits dans la chaleur sèche qu'après un séjour de 3 heures à 140°.

En se servant donc de cette température de 160°, on peut être absolument sûr que les instruments que l'on emploiera seront absolument impropres, fussent-ils recouverts d'une couche relativement épaisse de matière contaminée, à reproduire cette espèce. Nous avons maintes fois répété cette expérience en trempant des sondes à canaux dans des cultures pures de la plupart des bactéries du tartre, puis en les stérilisant comme nous venons de le dire plus haut et en les portant dans un tube de bouillon peptonisé. A la température que nous indiquons, nous n'avons jamais vu de développement se produire.

Si au lieu de 160° nous nous contentions d'une température de 115 à 120° pendant seulement 5 minutes, nous obtenions des résultats, mais seulement quelquefois au bout de 2 à 3 jours d'étuve, à 37°, 38° et encore ces cultures semblaient-elles croître difficilement et présenter quelques différences dans leurs caractères morphologiques.

Il nous est aussi bien souvent arrivé de voir se développer dans nos milieux nutritifs des bactéries de l'air, mais nous savions à quoi nous en tenir dans ce cas-là, surtout si ces milieux nutritifs étaient solides, comme la gélatine, la gélose.

Si, au lieu d'employer la chaleur sèche, nous voulons utiliser la vapeur humide sous pression, il nous faudra un laps de temps beaucoup moins long et une température beaucoup moins élevée, car, en prenant pour base les mêmes micro-organismes que nous indiquons plus haut et pour la destruction desquels une température de 140° pendant trois heures était nécessaire, nous voyons, d'après les expériences de Kock, Gaffky et Löffler, que, pour les spores du charbon, une tempéraure de 100° pendant 5 minutes dans la vapeur d'eau est suffisante pour les anéantir. Pour les spores de la terre de jardin, la même température doit être prolongée pendant un quart d'heure. Si, au lieu de ce temps, on ne laisse le micro-organisme en contact avec la vapeur que pendant 5 ou 10 minutes, les colonies se développent, quoique difficilement.

Quelle est la raison pour laquelle la chaleur humide possède un pouvoir bactéricide plus rapide et plus marqué que la chaleur sèche? On a cherché, mais on n'est pas parvenu jusqu'ici à définir exactement le pourquoi. L'essentiel pour nous est de savoir que l'on économise du temps et que les résultats ainsi obtenus présentent plus de garanties que ceux obtenus par la chaleur sèche.

L'appareil que l'on emploie à cet effet est connu sous le nom d'*autoclave*. Nous n'en donnerons pas la description, car nous en avons chacun un exemple sous les yeux dans la machine à vulcaniser avec laquelle on obtient exactement les mêmes résultats. Le principe est absolument le même, avec cette différence cependant que l'on ajoute un panier de métal ou un récipient quelconque pour placer les instruments à stériliser. Abordant maintenant le point de vue absolument pratique et économique, pouvons-nous nous servir couramment de ces deux appareils et surtout pouvons-nous les avoir dans notre cabinet à portée de notre main? Procédant par ordre, nous répondrons à la première de ces questions en disant que, au point de vue économique, on aura plus d'avantages, quelque singulier que paraisse notre conseil, à toujours avoir sous la main des séries de 10 à 12 instruments de la même espèce, que l'on prendra au fur et à mesure des besoins et qui, une fois contaminés, seront mis de côté dans un tiroir spécial et ne devront servir de nouveau que lorsqu'ils auront été stérilisés.

Il va de soi en effet que l'on ne pourra pas, venant par exemple d'employer une rugine pour une personne, si l'on veut employer le même instrument pour une autre personne, porter celui-ci dans le stérilisateur à air chaud et attendre un quart d'heure ou vingt minutes, en supposant toutefois que ce stérilisateur marche toute la journée, pour que l'asepsie en soit complète.

La Compagnie du gaz serait capable dans ce cas de fournir à chacun de nous un stérilisateur afin de voir augmenter ses notes de fin de mois.

Ce que nous disons pour la stérilisation par la chaleur sèche est encore moins pratique pour la désinfection par la vapeur d'eau.

Nous croyons donc, et nous le répétons encore une fois, que l'on aura encore plus de profits et d'avantages à posséder des séries complètes d'instruments que l'on désinfectera en bloc, le soir par exemple, soit dans l'autoclave, soit dans l'étuve, et qui seront ainsi tout prêts le lendemain matin.

Arrivant maintenant à la deuxième question : « Pouvons-nous avoir dans notre cabinet un de ces appareils à portée de notre main ? » nous répondrons franchement : Non ! En règle générale le patient est déjà assez effrayé par tout notre arsenal opératoire, quelques précautions que nous prenions de cacher nos instruments, sans que nous venions encore augmenter ses craintes par la vue d'un appareil peu coquet.

Si ce même patient, intrigué, nous questionne sur l'utilité de cet appareil, qu'il n'aura probablement pas encore vu chez d'autres confrères, il sera certainement très flatté et très heureux d'apprendre et de voir que nous prenons toutes les précautions nécessaires pour travailler proprement, mais il ne lui en restera pas moins une certaine appréhension, qui persistera par suite de la présence de cet appareil nouveau, tout chargé d'instruments brillants qui l'effraieront par leur nombre.

Il est donc, à notre avis, beaucoup plus pratique, tout en laissant voir à nos clients que nous opérons sur eux d'une façon absolument aseptique, de conserver nos instruments stérilisés dans des boîtes en métal pouvant s'ouvrir et se fermer à volonté, où nous prendrons au fur et à mesure et suivant nos besoins ceux qui nous seront nécessaires. Si nous ne voulons pas ou si nous ne pouvons pas avoir de semblables boîtes à notre disposition, ce qui n'est pas pourtant bien coûteux, nous devons désinfecter nos instruments comme nous le disions plus haut et, une fois dans cet état, les transporter dans un des tiroirs de notre meuble à outils, en ayant soin, au fur et à mesure que nous en emploierons un, de le placer dans un tiroir spécial, de façon qu'il ne se trouve pas en contact avec ceux qui n'auront pas encore servi.

A vrai dire, ce ne sera pas de l'asepsie dans toutes les règles de l'art que nous ferons ainsi, mais ce ne seront pas non plus les germes de l'air qui pourront beaucoup contaminer nos instruments et nous pourrons nous en servir sans crainte. Mais, comme dans toute chose il faut peser le pour et le contre, plaçons-nous maintenant au point de vue du dentiste qui ne peut pas disposer d'un stérilisateur d'une espèce ou d'une autre et qui veut cependant travailler à peu près antiseptiquement. Comment devra-t-il agir ?

Nous ne voyons qu'un seul moyen, pratique et rapide en même temps : le flambage des instruments au moment de s'en servir.

Le flambage au brûleur Bunsen détrempant les outils, nous conseillerons l'emploi d'une flamme à alcool, en ayant bien soin de flamber non seulement la partie tranchante de l'instrument, mais encore une partie du manche, qui se trouve toujours en con-

tact avec la commissure des lèvres ou les lèvres elles-mêmes.

Ce flambage s'appliquera tout aussi bien aux rugines qu'aux daviers, porte-empreintes, etc., instruments sur l'emploi desquels nous reviendrons tout à l'heure.

Il y aurait bien encore un moyen assez facile à employer, qui consiste à plonger nos instruments et à les laisser séjourner dans une solution antiseptique bouillante quelconque, car nous savons que certains des agents chimiques de la désinfection, qui ne possèdent qu'un pouvoir bactéricide relativement peu développé lorsqu'ils sont employés à froid, voient cette puissance doubler, tripler, quintupler lorsqu'ils sont employés à chaud.

Malheureusement, la plupart du temps, dans de semblables conditions il se dégage des vapeurs plus ou moins agréables et pour l'opéré et pour l'opérateur, aussi conseillons-nous exclusivement le flambage.

Maintenant que nous savons comment nous devons opérer pour désinfecter et aseptiser nos instruments, occupons-nous de ceux-ci et pour cela divisons-les en quatre catégories :

La première comprenant les instruments d'un usage courant : miroirs, sondes exploratrices, rugines, précelles, fraises, pièce à main du tour dentaire, angle droit.

La deuxième, les instruments d'un usage fréquent : daviers, clamps, pince à clamps, sondes à canaux, seringues à injection.

La troisième, les instruments d'un usage restreint, tels que porte-empreintes, meules de corindon, limes à séparer, limes à racines, jeux de dents pour prendre la teinte, cire, godiva, stent, digue de caoutchouc, brosses à dents.

La quatrième, les verres, serviettes à main, serviettes à opérations, etc.

Prenons séparément chacun de ces instruments et donnons la méthode la meilleure, à notre avis, pour les désinfecter.

Miroirs. Les miroirs à bouche sont les instruments de contamination par excellence, car, avec la rugine, c'est celui que nous employons le plus couramment. Par suite de la monture composée d'une partie en bois, le manche, et d'une partie en métal qui supporte la glace, le tout réuni par de la gomme laque, nous ne pouvons pas employer les agents physiques, c'est-à-dire la chaleur, et nous sommes obligés de nous servir exclusivement des agents chimiques. On devra donc avoir toujours à sa disposition une demi-douzaine ou une douzaine de miroirs à bouche qui resteront continuellement immergés dans une solution antiseptique assez forte. Nous employons pour cela une solution de microcidine à 5/1000 que nous renouvelons tous les cinq jours.

Autrement, il se forme un précipité brunâtre, visqueux, qui adhère au manche et au métal.

Nous avons été amené à nous servir de ce corps par suite des propriétés bactéricides qu'il possède.

D'après le Dr Berlioz, la microcidine tue en une minute, à la dose de 5/1000, les microbes du pus d'ostéomyélite, de la septicémie

puerpérale et de la salive. Son pouvoir infertilisant vis-à-vis du staphylococcus pyogenes aureus et du staphylococcus albus, hôtes habituels de la bouche, surtout dans le cas de pyorrhée alvéolaire, est de 20 centigrammes pour 1000. Enfin, elle n'est pas caustique.

Au moment de nous servir de nos miroirs qui baignent dans cette solution, nous les rinçons dans un récipient quelconque contenant de l'eau claire, nous les essuyons bien, puis, lorsque nous n'en avons plus besoin, nous les essuyons de nouveau, de façon à faire disparaître la plus grande partie des mucosités qui y sont attachées, et nous les immergeons dans la solution de microcidine, mais dans un autre récipient. De cette façon, on ne risque pas de se tromper et d'employer deux fois de suite le même miroir.

Sondes exploratrices et rugines. Suivant que l'on aura ou non un assortiment de ces instruments, on les stérilisera en bloc le soir, dans un des stérilisateurs indiqués, ou bien, au moment de s'en servir, on les flambera à la flamme de la lampe à alcool.

Précelles. Comme nous ne pouvons pas avoir même une demi-douzaine de précelles, nous conseillerons encore, après avoir toutefois bien essuyé l'instrument, le flambage dans toute la longueur.

Fraises. Ici nous ne saurions trop attirer l'attention sur la désinfection complète et l'asepsie parfaite que doivent posséder ces instruments qui nous sont d'un concours si précieux.

C'est le cas ou jamais d'avoir à sa disposition au moins une douzaine de chaque espèce et surtout de ne jamais se servir deux fois de suite du même instrument si l'on n'est pas absolument sûr de son asepsie parfaite. Bien souvent, notre patient, au cours du nettoyage d'une cavité cariée, vient à faire un mouvement brusque. La fraise, animée de son mouvement de rotation, saute et vient blesser la joue, la gencive, la langue, entraînant avec elle dans la blessure ainsi occasionnée des micro-organismes dont la pathogénie est encore à peu près inconnue, chez l'homme du moins, grâce sans doute à cette résistance de l'organisme aux invasions microbiennes dont nous parlions au début de cette communication, mais qui peuvent cependant avoir des conséquences terribles, comme nous l'ont fait connaître deux ou trois cas malheureux survenus à l'étranger.

Nos fraises seront donc toujours, une fois que l'on aura fini de s'en servir, d'abord passées à la carde, de façon à les débarrasser de toutes les particules de dentine excisée (dentine qui, comme nous le savons, est remplie des micro-organismes de la carie), puis, autant qu'il est possible, passées à l'autoclave à 130 ou 140° pendant un quart d'heure, ou à l'étuve sèche à 160° pendant le même laps de temps, ou bien encore placées dans de l'eau chloroformée à 1,2 ou 3 0/0 que l'on fera bouillir pendant une ou deux minutes. De cette façon, on aura bien des chances que nos instruments soient absolument aseptiques.

Pièce à main du tour dentaire. Angle droit. Ces pièces seront flambées après avoir servi pour un malade.

Daviers. Nos daviers seront brossés à l'eau de savon de façon à

faire disparaître toute trace de sang, puis passés à l'autoclave ou à l'étuve, ou bien, si l'on est pressé, ils seront flambés.

Clamps. Pinces à clamps. Les premiers seront flambés ou bouillis dans l'eau chloroformée. Les pinces seront flambées seulement.

Sondes à canaux. Nous devrons toujours avoir à notre disposition une provision de 4 à 5 douzaines de sondes à canaux, chaque douzaine étant conservée dans un petit étui en métal. Elles ne seront jamais flambées, mais toujours passées à l'étuve sèche lorsqu'elles seront chargées de coton, ou bien à l'autoclave lorsqu'elles seront seules, ou bien encore bouillies dans l'eau chloroformée, comme le préconise M. Bonnard dans son traitement du 4e degré par le chloroforme. Il peut sembler singulier, de prime abord, que nous parlions de sondes chargées de coton, mais nous en avons toujours un certain nombre ainsi préparées, pour les extractions de la pulpe à l'état vivant, cas dans lesquels nous pouvons sans inquiétude laisser notre mèche à demeure dans le canal pulpaire.

Il s'agit de sondes lisses bien entendu, car nous proscrivons complètement l'emploi des tire-nerfs barbelés, à moins de ne s'en servir qu'une seule fois et de les jeter après, ce qui est un peu dispendieux.

Nous insistons tout particulièrement sur ce point, car, ainsi que le faisait remarquer fort judicieusement M. le Dr Sauvez dans une séance précédente, si aujourd'hui nous avons si fréquemment des accidents inflammatoires dans le traitement des caries du 4e degré, cela tient à ce que nous nous servons la plupart du temps d'instruments malpropres, nous devons dire le mot, et que, sans le vouloir et sans le savoir, dans nos tentatives d'extraction des débris pulpaires en putréfaction, nous engageons la pointe de notre sonde à travers l'apex de la racine et faisons ainsi ce qu'en bactériologie on appelle une culture en piqûre ; seulement, ici, le milieu de culture, au lieu d'être un tube de gélatine ou de gélose, c'est l'organisme lui-même.

Nos sondes devront donc toujours être d'une asepsie absolument parfaite et nous sommes persuadé d'avance que si l'on veut bien suivre nos conseils et n'employer pour le traitement des 4es degrés que des sondes désinfectées, nous aurons bien moins fréquemment l'occasion de nous servir du davier.

Seringues à injections. Autant qu'il est possible, elles devront toujours posséder des aiguilles en platine iridié de façon à pouvoir être chauffées au rouge blanc. Si elles sont en acier, elles seront trempées, de même que le corps de la seringue elle-même, pendant une à deux minutes dans une solution à 2 0/0 d'acide phénique, solution que l'on fera bouillir dans une capsule de porcelaine.

Porte-empreintes. Les porte-empreintes nécessiteront toujours ou le flambage au bec Bunsen ou l'action du stérilisateur. Dans le 1er cas, cela leur retirera un peu de leur aspect brillant, il est vrai, mais au moins on pourra être sûr de leur désinfection, car ce sont des instruments pour lesquels nous devons avoir beaucoup de soins. Bien souvent, une personne vient nous consulter pour se faire faire

un appareil de prothèse. Nous examinons la bouche et nous prenons un porte-empreinte que nous jugeons en rapport avec le développement des arcades, mais il se produit que ce porte-empreinte laisse à désirer, pour une raison ou pour une autre. Bref, nous le mettons de côté et nous en essayons d'autres jusqu'à ce que nous ayons trouvé celui qui réalise tous les *desiderata*.

Mais ces porte-empreintes que nous avons essayés se sont trouvés en contact avec la muqueuse, ils ont entraîné avec eux un peu de salive et l'on doit *immédiatement* les flamber, de façon à détruire tous les germes qui sont déposés à la surface.

Meules de corindon. Les meules devront toujours baigner dans une solution antiseptique ne contenant pas d'alcool.

Nous nous servons à cet effet de la solution de microcidine à 5/1000.

Limes à séparer. Limes à racines. Elles seront passées à la carde et trempées dans la solution bouillante d'eau chloroformée.

Jeux de dents pour prendre la teinte. Les jeux de dents ou les dents séparées sont aussi la cause de contaminations fréquentes. Une fois qu'elles auront rendu le service qu'on en attend, elles seront lavées et essuyées de façon à les débarrasser des traces de sang et de mucus provenant des racines ou de l'ajustement de ces dernières, puis passées deux ou trois fois dans la flamme de la lampe à alcool.

Matières à empreintes: cire, godiva, stent. Devront *toujours* être ramollies à la flamme du bec Bunsen de façon à assurer la destruction de tous germes, pathogènes ou non, qui auraient pu résister à l'action de l'eau bouillante, laquelle n'est pas suffisante pour la désinfection de certains microbes, comme nous le savons.

Digue de caoutchouc. Brosses à dents montées sur le tour. Ne devront servir qu'à une seule personne, quels que soient les procédés de désinfection préconisés jusqu'à ce jour. C'est une dépense, il est vrai, mais elle est absolument utile.

Verres. Serviettes. On aura toujours deux douzaines de verres à sa disposition et il faudra avoir bien soin que les domestiques non seulement fassent disparaître toute trace de sang, mais encore les laissent séjourner pendant quelques instants dans l'eau bouillante, à laquelle on aura ajouté une certaine quantité de chlorure de calcium qui élèvera la température de l'ébullition de 100 degrés à 106 ou 107°.

Quant aux serviettes, elles devront être changées à chaque personne, aussi bien les serviettes ordinaires que celles que l'on met sur l'appui-tête.

Jusqu'ici nous avons passé en revue tous nos instruments, ainsi que la manière de les désinfecter, mais nous ne devons pas oublier que nos mains ne sont pas à l'abri du contact des microbes.

Quel est donc le traitement que nous devons leur faire subir?

Dans la grande chirurgie on est obligé de prendre des précautions que nous ne sommes pas astreints à suivre absolument à la lettre et cependant, nos mains, nos ongles surtout, sont les récepta-

cles de la plupart des microbes de la suppuration. Le staphylocoque doré entre autres en est un hôte habituel.

Il nous faut donc à tout prix nous débarrasser de ces hôtes, non pas incommodes, mais dangereux, et c'est bien souvent, pour ne pas dire toujours, une opération beaucoup plus difficile à faire que la désinfection de nos instruments.

Les travaux au sujet de la désinfection des mains sont très nombreux et nous ne décrirons que la méthode préconisée par Fürbringer, que nous pourrons appliquer lorsque nous jugerons que nous avons à travailler dans la bouche d'un tuberculeux ou d'un syphilitique par exemple.

On doit commencer par bien se nettoyer les ongles avec un corps mousse et avoir bien soin de faire disparaître toutes les taches noires que l'on peut apercevoir, puis les brosser pendant une minute avec de l'eau de savon chaude, les rincer à l'eau claire et les laver de nouveau pendant une minute dans de l'alcool à 80° et les plonger alors immédiatement dans du sublimé à 2/1000 ou dans une solution d'acide phénique à 30/1000. C'est un peu long, il est vrai, mais dans de semblables cas, on ne saurait jamais prendre trop de précautions.

Dans la pratique courante, lorsque l'on a affaire à des clients que l'on reçoit journellement et dont on connaît l'état général, se bien brosser les mains avec du savon au thymol ou au lysol est suffisant.

Nous aurions dû parler des micro-organismes que l'on est appelé à rencontrer dans la bouche, tant à l'état sain qu'à l'état pathologique, mais cela nous aurait entraîné beaucoup trop loin, d'autant plus que cela aurait rapport à la bactériologie pure.

Nous nous arrêtons donc ici. Les quelques observations que nous venons de vous soumettre vous paraîtront peut-être exagérées, tant au point de vue du nombre des instruments que nous conseillons de posséder qu'au point de vue de la désinfection elle-même et des procédés que nous préconisons pour obtenir cette dernière; mais, aujourd'hui surtout que nous sommes reconnus comme exerçant une branche de la médecine et de la chirurgie, nous devons toujours aller de l'avant et tous tenir au courant des progrès de la science dans toutes ses branches.

Aussi serai-je heureux si vous voulez bien essayer les méthodes que je viens de vous soumettre, persuadé d'avance que vous en reconnaîtrez vous-mêmes les avantages et que, par la suite, vous voudrez bien me pardonner d'avoir si longuement attiré votre attention ce soir sur ce sujet.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX

Par M. P. Poinsot
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Je désire vous entretenir d'un très petit perfectionnement, présentant un intérêt pratique incontestable.

J'ai l'espoir que cette très modeste présentation aura surtout le mérite d'encourager nos confrères que leur timidité empêche de prendre la parole sur ce que, bien à tort, on juge, à première vue, dépourvu d'intérêt.

Maintes fois vous avez dû vous demander comment il se fait que les premières doses d'acide arsénieux d'un flacon sortant de la pharmacie soient plus actives, donnent un résultat escharotique plus accusé que par la suite, et que la différence soit plus grande encore vers la fin du flacon, à ce point même que les restes du caustique sont mis au rebut, tant se trouve diminué le pouvoir de ce précieux médicament.

Cela tient à deux raisons :

L'acide arsénieux est d'autant plus actif qu'il est plus divisé ; plus la porphyrisation est complète, plus grande est son action ; or, la poudre la plus fine étant la moins pesante se trouvera toujours à la partie supérieure de la masse pulvérisée et les grains plus lourds se trouveront en bas. Voilà pour la première raison. La seconde tient à ce phénomène naturel qui fait qu'avec le temps les poudres tendent à se prendre en masses.

Pour ces deux raisons, soit que le dentiste n'utilise qu'une partie de son médicament, soit qu'il permette au temps d'opérer la réunion moléculaire, le résultat est le même, la poudre n'est plus absolument porphyrisée et ne répond plus au but qu'on se propose.

Pour le dosage de l'acide arsénieux, M. Magitot préconise le procédé du bouchon qui, lui aussi, donne des résultats au point de vue qui nous occupe pour l'emploi du vingtième du flacon préparé, car, pendant l'emploi de cette quantité, la poudre la plus fine se fixe aisément au bouchon, et après il ne présente plus aucun avantage.

Afin de permettre au praticien d'avoir à sa libre disposition un acide arsénieux toujours le même, je recommande l'emploi du petit instrument à porphyriser que j'offre à l'Ecole dentaire.

Le mode de faire est bien aisé : il suffit de broyer entre le porphyrisateur et la molette le dixième ou le douzième d'un milligramme d'acide arsénieux, poids suffisant pour dévitaliser une pulpe dentaire, de reprendre cette quantité avec une petite mèche de ouate trempée dans de l'acide phénique liquéfié sans le secours de l'alcool pour placer le tout sur le point à dévitaliser.

Dans ces conditions les succès sont toujours les mêmes, sans aucune des variations qui étaient une cause d'étonnement pour beaucoup d'entre nous.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

ALLOCUTION DE M. G. VIAU,

Président sortant.

Messieurs,

Cette séance est la dernière des deux années pendant lesquelles vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à présider les travaux de cette Société.

Permettez-moi de vous remercier bien sincèrement du témoignage d'estime que vous m'avez accordé pendant cette période de transformation complète de notre profession, qui s'est vu accorder l'investiture officielle à laquelle la plupart d'entre nous aspiraient. Car, il faut bien le dire, messieurs, le travail d'élaboration, d'enfantement du nouveau dentiste a été fait dans les Ecoles dentaires et dans leurs sociétés scientifiques, dont les fondateurs ont été les pionniers infatigables de cette marche en avant de l'art dentaire en France.

Lorsque nous demandions à une réglementation de l'art du dentiste dans notre pays d'affermir, par la consécration de l'Etat, les efforts que nous avions tentés dans cette voie, nous entendions bien faire confirmer l'idée qui avait germé dans l'esprit des fondateurs de ces groupes, d'ajouter aux connaissances techniques que nous possédions des connaissances scientifiques et médicales plus étendues qui nous permissent de réaliser le type du dentiste habile et instruit, but de tous nos efforts.

Cette confirmation est maintenant un fait accompli, et l'Etat, par la création de son nouveau diplôme, nous fait entrer dans une phase nouvelle, puisqu'il fait de nous des membres de la grande famille médicale.

Cependant, cette période de transition que nous venons de traverser n'a pas été sans beaucoup nous préoccuper d'abord, et sans nous occuper beaucoup ensuite, cette dernière année surtout. Nous tenions, en effet, à recevoir cette consécration et à aider nos collègues à l'obtenir également ; c'est là maintenant très heureusement un fait accompli pour presque tous les membres de cette Société.

Pourtant, la Société d'Odontologie n'en a pas moins continué son rôle et si les séances, cette dernière année, n'ont pas été aussi régulières qu'auparavant, nous pouvons dire qu'elles ont été chaque fois bien remplies. Les ordres du jour ont toujours été très chargés et souvent nous n'avons pas pu les épuiser en une séance. Les communications ont été aussi nombreuses qu'intéressantes ; quelques-unes même ont attiré à nos séances un élément étranger que nous n'étions pas habitués à y recevoir. Telles sont celles de MM. Michaëls, Amoedo, Halphen, Mora, etc., qui, tout en ne faisant pas partie de notre Société, nous ont fait la gracieuseté de nous apporter des

travaux remarquables auxquels nos membres se sont particulièrement intéressés. Je suis heureux, une fois de plus, de les en remercier publiquement.

Aujourd'hui encore, l'ordre du jour comportant les élections pour le nouveau bureau, nous avons dû remettre à une prochaine séance une communication de M. Michaëls qui est très importante et à laquelle le bureau attache le plus grand prix. Ce retard ne doit cependant pas nous empêcher de profiter de l'occasion qui nous est offerte de le féliciter chaleureusement de la juste récompense de ses travaux, qu'il vient d'obtenir tout récemment par sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur. Nous pouvons nous enorgueillir à bon droit de cette distinction accordée à l'un des nôtres pour des travaux de prothèse dentaire, car la prothèse est, parmi les branches de notre art, celle qui nous appartient en propre et qu'on ne peut nous contester. N'est-ce pas aussi pour des travaux analogues que notre distingué confrère de Lyon, M. Martin, a obtenu la même distinction, cette année, récompense bien juste aussi, à laquelle nos confrères ont applaudi unanimement.

Malgré nos occupations absorbantes, malgré nos études si difficiles à suivre à la fin de nos journées si remplies, nous avons la grande satisfaction de constater combien nos membres apprécient les bienfaits de notre Société, restée pour tous une école d'enseignement mutuel au sens qu'y attachaient ses fondateurs ; l'esprit le plus prévenu ne peut nier l'activité, le travail, la bonne volonté, le dévouement à la profession qu'ont témoignés ses membres pendant la période que nous venons de traverser.

Les études médicales et scientifiques exigées par la Faculté de médecine vont provoquer, je l'espère, les recherches dans une voie que les dentistes avaient jusque-là timidement abordée. Notre domaine s'est précisé, il s'est en même temps agrandi du côté médical, et les communications s'en sont déjà ressenties.

Notre bureau, messieurs, s'est préoccupé de cette nouvelle situation, comme vous avez pu le voir par les derniers travaux présentés. Enfin, des démonstrations pratiques très intéressantes ont eu lieu le dimanche matin, et des dentistes étrangers, M. Cuningham entre autres, sont venus nous y apporter leur collaboration.

De plus, afin d'aider à créer en province ce que nous avions si bien réussi à Paris en 1889, la Société d'Odontologie a décidé, sur la proposition de M. Dubois, de prendre l'initiative de Congrès régionaux et a fixé tout dernièrement la première session de ces congrès à Bordeaux, pour le mois d'août prochain, d'accord avec nos confrères de la Société du Sud-Ouest.

Une commission, à laquelle se sont joints des délégués de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, a été nommée pour l'organisation de ces assises professionnelles. Je suis convaincu, messieurs, que la plupart d'entre nous se feront un devoir de contribuer au succès de cette première tentative, qui est une suite naturelle du Congrès international de 1889

et en quelque sorte une préparation au Congrès international que nous aurons certainement à Paris en 1900.

Les sociétés qui se créent en province sont autant de centres d'activité et donnent une nouvelle preuve du besoin de groupement qui existe actuellement dans notre profession.

L'art dentaire français évolue donc heureusement vers le but que nous avions cherché à atteindre. La vulgarisation scientifique fera désormais son chemin et nous pouvons être rassurés sur l'avenir de notre profession, à laquelle nous sommes tous si attachés. Elle renversera sans peine les quelques obstacles qu'on tente d'opposer à son développement, nous en avons la conviction.

Je tiens, en finissant, à remercier les membres du bureau et particulièrement notre dévoué secrétaire général, M. Sauvez, du concours si précieux qu'ils m'ont apporté pendant l'accomplissement de mon mandat.

Permettez-moi en outre de vous rappeler qu'en prenant possession de ce fauteuil je souhaitais voir se réaliser prochainement une réconciliation entre les membres de notre Société, sur ce terrain scientifique. Je suis heureux, en quittant ces fonctions, de constater que ce vœu est aujourd'hui réalisé, et que la seule rivalité qui existe parmi nous, c'est désormais le zèle pour le progrès et l'avenir de notre Société.

RAPPORT ANNUEL

Par M. le Docteur Sauvez

Secrétaire général.

Messieurs,

Je viens aujourd'hui vous rendre compte des travaux de l'année 1894 en tant que secrétaire général de la Société d'Odontologie, puisque vous avez bien voulu, l'année dernière, m'appeler à cette fonction.

J'acceptais là une lourde succession, car mon ami Martinier, qui m'avait précédé à ce poste, avait rempli sa tâche avec le zèle et l'activité que vous lui connaissez tous, et j'étais bien sûr de vous le faire regretter.

Quoi qu'il en soit, certain d'être aidé et conseillé par les membres du bureau et entre autres, par notre président, M. Viau, et sachant aussi que je pouvais compter sur la collaboration active de la plupart d'entre vous, je n'ai pas hésité à accepter, et je vous remercie aujourd'hui de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à cette fonction.

J'ai pu apprécier ainsi de très près l'activité, la vitalité de notre groupement professionnel, et je vous avoue que j'ai éprouvé de grandes satisfactions à avoir contribué à l'organisation de certaines séances de l'année qui vient de s'écouler.

C'est avec un véritable plaisir que le bureau de la Société peut vous affirmer que le nombre et la qualité des auditeurs n'ont pas

diminué, et nous voyons de jour en jour des adhérents plus nombreux venir à nous.

Nous avons toujours cherché à être très libéraux dans l'organisation de nos réunions. Sans nous occuper des petites divisions professionnelles inévitables, nous avons tenu avant tout à intéresser les membres de la Société, à les mettre au courant des idées, des inventions, des perfectionnements qui nous avaient séduits. C'est ainsi que nous avons eu plusieurs fois, cette année, des conférenciers étrangers à notre Ecole, à qui vous avez tous fait un légitime succès et qui ne demandaient qu'à venir chez nous parce qu'ils savent qu'ils peuvent toujours compter sur une nombreuse assistance et sur un auditoire disposé à applaudir au travail et aux découvertes, d'où qu'elles viennent.

Le nombre des communications faites cette année a peut-être été un peu moindre que les années précédentes, mais nous avons eu, vous le savez, un nombre de séances très restreint, puisque la Société ne s'est pas réunie pendant les mois de mars, de mai et de juin, ce qui a porté le chiffre de nos séances à sept au lieu de dix.

Les légitimes préoccupations de l'examen vous ont ainsi empêchés par trois fois de vous réunir, car, pendant toute cette période de la préparation à l'examen d'Etat, la plupart d'entre vous ne songeaient guère à nous donner des travaux. Je vous prie donc de ne pas me rendre responsable de cette diminution du nombre des communications, et je vais m'efforcer de vous montrer que l'importance et la valeur de celles qu'on a faites cette année ne le cèdent en rien à celles des années précédentes.

Cette période de préparation aux examens, qui a été si pénible pour beaucoup d'entre vous au milieu des multiples préoccupations de votre clientèle, aura d'ailleurs plusieurs bons côtés pour l'avenir de notre Société, car pendant ce temps, nous avons tous travaillé et vous êtes certainement d'accord avec moi pour reconnaître que la plupart d'entre vous possèdent aujourd'hui des connaissances plus étendues, des idées plus précises sur un grand nombre de questions scientifiques qu'il y a un an à pareille époque. La pathologie générale et la pathologie spéciale, la thérapeutique et l'anesthésie vous sont devenues forcément plus familières qu'auparavant et il est certain que les communications, les présentations, les démonstrations que vous avez faites se sont ressenties et que celles que vous continuerez à faire à la Société se ressentiront de cette augmentation de connaissances.

La prothèse et la dentisterie opératoire nous donnent la note la plus saillante des travaux de cette année. Cette tendance est des plus heureuses, car c'est surtout dans ces deux parties que peuvent se manifester l'ingéniosité et l'originalité de l'auteur. Les qualités personnelles sont, en effet, presque toujours beaucoup plus nécessaires pour une démonstration pratique ou un appareil ingénieux que pour une communication théorique.

Vous avez encore dans la mémoire la séance du 16 avril 1894, où M. Michaëls vous a si vivement intéressés en vous présentant son

malade porteur d'un humérus artificiel. Vous avez tous admiré et applaudi l'ingéniosité de cet appareil qui permet au malade de faire presque tous les mouvements normaux avec son bras comme si l'articulation de l'épaule était intacte. C'est avec enthousiasme que vous avez accueilli cette présentation où l'habileté d'un des nôtres a pu résoudre un problème posé en vain aux premiers orthopédistes de Paris. Vous vous souvenez également de sa reconstitution du maxillaire inférieur, où il restaura une perte de substance de six centimètres à l'aide d'un pont métallique.

Je vous rappelle aussi les appareils du Dr Martin, que je vous ai rapportés de Lyon en revenant du délicieux voyage à Rome que vous m'avez fait faire l'année dernière comme délégué de l'Ecole.

Vous avez remarqué son système d'obturateur pour voile du palais, permettant de bien combler la perte de substance, malgré la mobilité des bords de l'orifice. Vous n'avez pas oublié non plus son ingénieux appareil destiné à former une gaine pour la langue afin de pouvoir laisser à demeure les pansements que l'on veut faire agir sur cet organe.

Il fallait, pour arriver à réaliser ces merveilles de mécanique, toute l'habilité et l'adresse des deux auteurs. Ces qualités personnelles ont été d'ailleurs appréciées par les pouvoirs publics. C'est avec le plus grand plaisir que la Société a envoyé au Dr Martin, de Lyon, une adresse de félicitations au sujet de sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur, et c'est également avec joie que nous avons appris tout récemment la nomination dans cet ordre de M. Michaëls. Nous sommes bien certain que vous avez tous applaudi à cette haute distinction qui, en honorant deux des nôtres, honore notre profession tout entière.

C'est également avec la plus grande satisfaction que nous avons appris la nomination de plusieurs de nos confrères comme officiers d'académie, et en particulier de notre excellent maître et ami M. Lemerle, qui a été ainsi récompensé du zèle et du dévouement qu'il a toujours montrés à l'Ecole depuis de si longues années.

Nous trouvons encore au sujet de la prothèse, parmi les communications de l'année, une étude très raisonnée, avec présentation de malade à l'appui, par M. Martinier, qui nous a montré deux cas de guérison superbe de fracture du maxillaire inférieur.

Cette communication très claire, très étudiée, vous a tous séduits à la dernière séance et vous avez été émerveillés du résultat obtenu.

Du côté de la dentisterie opératoire, les bons travaux n'ont pas manqué non plus.

M. Cunningham, de Cambridge, qui depuis longtemps nous a prouvé son attachement, nous a fait, vous vous en souvenez, une démonstration de sa méthode de redressement immédiat, et nous a présenté une série de moulages et de projections qui ont passionné l'auditoire et vous lui avez fait à ce sujet un légitime succès.

Dimanche dernier, vous avez pu assister également à une démonstration pratique des plus intéressantes au sujet de l'implan-

tation des dents décalcifiées par M. Amoedo. Vous avez été frappés de l'habileté et de la simplicité avec lesquelles il a exécuté les divers temps de cette opération et des applaudissements unanimes lui ont montré quelle était votre appréciation.

Cette démonstration, je l'avoue, m'a, pour mon compte, absolument émerveillé et je conviens parfaitement que je ne croyais pas, avant de l'avoir vu exécuter, et d'avoir vu les résultats éloignés, que cette opération pouvait devenir si pratique et rendre à nos malades de si réels services.

Les communications théoriques ont été également des plus intéressantes et vous vous souvenez encore de la clarté du travail que mon ami le docteur Mora nous a présenté à la dernière séance au sujet de l'importance de la mastication physiologique sur la digestion.

Ses qualités de vieux professeur — qu'il me pardonne cet adjectif — ont fait pénétrer dans l'esprit des auditeurs les différents argnments qu'il a développés et nous ont convaincus absolument.

L'étude des antiseptiques et de leurs applications a fourni matière à beaucoup de communications ; vous rappellerai-je les intéressantes communications de M. Papot sur le stérésol, de M. Fanton sur le phénosalyl, de M. Poinsot sur le diodoforme et l'acide arsénieux, de M. de Marion sur le formol ?

C'est surtout la communication de M. Papot qui nous a séduits le plus. Méthodique, claire, bien divisée, elle peut servir de modèle du genre et nous sommes certains que l'emploi du stérésol se vulgarisera de plus en plus, grâce à ce travail.

La communication de M. de Marion sur le formol a fait connaître cet antiseptique qui a déjà donné entre les mains de M. Poittevin des résultats parfaits et c'est à M. de Marion que reviendra l'honneur d'avoir employé pour la première fois cet antiseptique qui nous paraît appelé à rendre de grands services en chirurgie dentaire.

M. Bonnard nous a récemment bien vivement intéressés aussi par sa méthode de traitement du 4° degré en une séance avec le chloroforme. Les expériences de laboratoire sur lesquelles il s'appuie, ses nombreuses observations, les excellents résultats qu'ont retirés de cette méthode les confrères qui l'ont employée et la démonstration qu'il a faite dimanche dernier à la séance de démonstrations pratiques ont intéressé vivement tout l'auditoire et nous sommes convaincu que cette méthode se généralisera de plus en plus.

M. Choquet nous a fait également une communication pleine d'intérêt sur la façon de préparer les coupes de dents et nous a montré des spécimens à l'appui.

Vous avez aussi pu apprécier toutes les qualités de sa communication de ce soir.

Nous avons également à remercier M. Josef Mendel, secrétaire des séances de la Société, de sa très intéressante communication sur la valeur de l'eau froide dans l'hygiène de la bouche. M. Mendel a

apporté dans ce travail des connaissances nombreuses et variées et le bureau de la Société est heureux de le remercier ici de son concours. Cette communication a malheureusement passé un peu inaperçue au milieu d'une séance très chargée, mais nous engageons les membres de la Société à relire ce travail qui a été publié dans le journal *l'Odontologie*. Ils verront que cette communication est très raisonnée, très étudiée, ainsi d'ailleurs que toutes celles que M. Mendel a faites à la Société.

Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre trop longuement dans ce rapport, mais si nous ne redoutions pas de fatiguer votre attention, nous aurions encore beaucoup d'auteurs à remercier et à féliciter.

Citons en passant les intéressantes communications de notre ami M. Frey sur la valeur séméiologique du bourrelet muqueux sublingual pour le diagnostic des inflammations du plancher de la bouche et sur le phlegmon du cou d'origine dentaire.

Citons également la communication du Dr Hesse sur les déformations et mutilations ethniques du système dentaire chez les peuplades du Haut-Congo et du Niger, le travail de MM. Dr Lemarié et Bernhard sur les lésions dentaires dans le tabès, la communication de notre ami M. Halphen qui est encore présente à votre esprit.

Je regrette vivement de ne pouvoir m'attarder encore ; je ne saurais cependant omettre les communications de M. F. Jean, notre sympathique vice-président, sur le traitement d'une dent d'éléphant, de M. Godon sur les symptômes de l'ossification de la pulpe et les nombreuses présentations et petites communications que nous ont faites MM. Dubois, d'Argent et Jeay.

Je tiens aussi à remercier MM. Blondeel et de Rojas, deux jeunes diplômés, de nous avoir envoyé leur petit travail sur un cas particulier de périodontite expulsive. Nous espérons que leur exemple sera suivi par tous les jeunes diplômés qui nous montreront ainsi qu'ils ont profité de nos leçons.

Enfin, nous avons dans les dernières séances commencé à nous occuper de préparer un congrès dentaire national à Bordeaux pour le mois d'août de cette année.

M. Dubois, toujours infatigable, a pris en mains l'organisation de cette réunion en apportant à ce travail préparatoire l'ardeur et la ténacité qu'il a toujours montrées pour faciliter les réunions scientifiques et étendre les relations des dentistes entre eux. Nous sommes certain que sa proposition est appelée à réussir pleinement et que nous nous retrouverons presque tous à ce congrès où nous fraterniserons avec les dentistes du Sud-Ouest.

Ainsi donc, messieurs, vous voyez par ces quelques travaux dont je viens de vous parler que l'année n'aura pas été stérile et que la Société n'a fait qu'augmenter ses relations et son importance. Malgré toutes les préoccupations que nous avons eues, nous pensons qu'il faut nous féliciter des résultats obtenus. J'ai été bien heureux de voir que vos travaux n'ont pas été inutiles et que vous avez été presque tous reçus aux examens de la Faculté.

C'est en effet un honneur pour la Société et en quelque sorte une élévation en grade, puisqu'aujourd'hui la plupart de ses membres possèdent un titre scientifique officiel et font partie de la grande famille médicale.

Mes nombreuses fonctions et occupations me forcent à vous demander de reporter vos suffrages sur un de nos confrères. Je reste d'ailleurs toujours attaché à la Société et je serai toujours prêt à m'employer pour l'organisation de nos séances, si l'on a besoin de mon concours.

Je termine, messieurs, en vous remerciant de la bienveillance et de l'affabilité que j'ai constamment rencontrées dans les rapports que j'ai entretenus avec les membres de la Société.

SÉANCE DU DIMANCHE 20 JANVIER 1895.

La séance de démonstrations pratiques commence à 9 heures 1/2.

M. J. d'Argent présente un nouveau porte-empreintes, à double fond, dans l'intérieur duquel il fait passer un courant d'eau froide pour refroidir plus rapidement le godiva, pendant la prise de l'empreinte. Tous les assistants peuvent constater que le durcissement est suffisant au bout de 20 secondes ; la durée de la prise des empreintes se trouve donc considérablement diminuée.

M. Dubois fait une démonstration d'obturations au moyen de verre fondu.

La cavité préparée comme à l'ordinaire, tout en se réservant de faire la rainure ultérieurement, on prend une empreinte de la cavité avec une feuille d'or platiné de Williams, n° 60; cette empreinte est obtenue en foulant une boulette de ouate avec le brunissoir à main, puis avec le brunisssoir rotatif. Si la feuille d'or crève sur une petite étendue, cela est sans importance, car la chaleur de la lampe Bunsen ne liquéfie pas absolument la masse, mais la rend seulement pâteuse ; elle ne risque donc pas de s'écouler par une petite fissure.

Quand la déchirure est relativement grande, on peut l'obturer en plaçant une petite parcelle de feuille d'or sur la partie déchirée.

L'empreinte obtenue est ensuite retirée avec les plus grandes précautions, elle forme une petite cupule dans laquelle on place quelques petits fragments de verre concassé.

Le procédé de M. Dubois consiste à substituer aux poudres de Richter des bâtons de verre d'un blanc pâle que le commerce parisien vend aux émailleurs pour faire les cadrans et bijoux bon marché.

Ces bâtons, réduits en petits fragments, fondent assez bien sur la flamme d'un bec Bunsen ordinaire et évitent ainsi les manipulations assez longues que nécessitent les procédés Herbst et Richter.

La cupule maintenue quelques instants au-dessus de la lampe, on voit le verre se ramollir et prendre la forme de l'empreinte.

Le verre fondu et refroidi, on enlève ensuite la feuille d'or et l'on

présente le morceau de verre fondu dans la cavité. Il s'ajuste généralement à merveille; il pourrait, s'il était nécessaire, se rectifier à la meule. La brucelle ne maintenant pas très bien d'aussi minuscules morceaux, il est préférable, pour se rendre compte de l'ajustement, d'enduire la face externe d'une gouttelette de cire collante avec un fouloir chaud ; il est ainsi assez bien véhiculé.

L'adaptation à la cavité étant contrôlée et jugée parfaite, on achève la préparation en pratiquant une rainure devant servir de moyen de rétention.

Pour terminer l'obturation, on scelle le morceau de verre fondu à l'aide de ciment clair.

A partir de la préparation de la cavité l'opération demande en moyenne de quinze à vingt minutes.

Au point de vue esthétique, les membres présents constatent que l'incisive latérale ainsi reconstituée est parfaite et qu'aucun autre genre d'obturation ne peut prétendre à une similitude aussi parfaite avec les tissus voisins.

M. Bonnard fait une démonstration de traitement des caries du 4e degré par le chloroforme ; il montre aux assistants le manuel opératoire et insiste sur l'antisepsie des sondes. Il pratique l'obturation immédiate d'une carie du 4e degré d'incisive centrale supérieure droite.

M. Amoedo présente quatre malades, dont trois ont dans la bouche des dents implantées depuis longtemps et parfaitement consolidées.

1° Mme B..., âgée de 29 ans, présentait une absence des canines permanentes supérieures.

Au mois d'avril 1894, M. Amoedo pratique l'implantation de la canine supérieure gauche. La canine temporaire avait été extraite deux ans auparavant. La malade porta un appareil de maintien jusqu'en avril 1894, c'est-à-dire pendant trois mois environ. Le résultat est parfait, la solidité très grande; son particulier à la precussion, montrant bien l'absence de ligament alvéolo-dentaire.

Au mois d'octobre 1894, M. Amoedo pratiqua la même opération du côté droit, en présence de MM. Godon, Michaëls, Vergel de Dios. La dent est encore maintenue à l'heure actuelle par un appareil de maintien et est déjà consolidée presque absolument.

La malade déclare n'avoir aucunement souffert, ni pendant ni après l'opération et est très satisfaite.

2° Mme M..., 30 ans, est venue trouver M. Amoedo au mois d'avril 1892, 15 jours après avoir subi l'extraction d'une 2e petite molaire supérieure gauche, atteinte de pulpite, dans un grand établissement dentaire commercial.

M. Amoedo a pratiqué l'implantation d'une dent fraîche ; les suites ont été parfaites ; pas d'appareil de maintien. Le résultat est semblable au précédent.

3° Mme X..... possède une 2e petite molaire supérieure gauche implantée dans des conditions semblables par M. Amoedo, et qui est parfaitement consolidée. Cette malade est particulièrement in-

téressante. Elle présente une série d'anomalies de siège à la mâchoire supérieure du côté droit.

L'incisive centrale supérieure droite manque ; à sa place, un peu en dehors de l'axe médian, est venue se placer la canine permanente supérieure droite. L'incisive latérale supérieure droite est à sa place normale, mais elle chancelle et on sent que la racine est petite et résorbée, probablement par suite de l'éruption vicieuse de la canine. La canine temporaire a persisté et est solide.

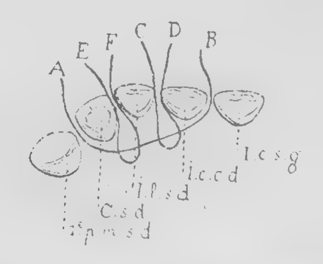
Nous signalons ces anomalies parce que M. Amoedo compte, d'ici à quelques jours, pratiquer l'opération suivante : extraire ces 3 dents, faire une implantation d'une incisive centrale et d'une incisive latérale supérieures droites à leurs places respectives, et implanter la canine supérieure permanente droite extraite à la place de la dent temporaire.

Il propose à ceux de ses confrères qui désirent assister à cette opération de venir chez lui le dimanche suivant.

4° *M. Amoedo* présente une 4ᵉ malade à laquelle il va pratiquer une implantation d'une incisive latérale supérieure droite. Il suit point par point la technique qu'il a donnée précédemment dans une communication qui a paru dans *l'Odontologie* [1]. Toutefois il emploie un système spécial de ligature qui intéresse vivement les assistants.

Nous donnons ci-dessous un schéma pour montrer cette ligature.

Ainsi qu'on le voit, il fait passer un premier fil A B entre la canine et la prémolaire supérieures droites et entre les deux incisives



centrales, en passant en arrière de la canine, de l'incisive latérale et de l'incisive centrale supérieures droites. Puis il passe deux fils en anse qui viennent embrasser le premier décrit, l'un entre l'incisive latérale et la canine supérieures droites, l'autre entre l'incisive latérale et l'incisive centrale. Il n'a plus qu'à lier ensemble, deux par deux, les extrémités de ces fils, pour fixer l'incisive latérale qu'il vient d'implanter aux dents voisines.

L'opération est faite en totalité en 20 minutes et tous les assistants font un succès mérité à l'opérateur.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire général,
Dʳ E. Sauvez.

1. Juillet 1894, p. 385.

SÉANCE DU MARDI 24 JANVIER 1895

Présidence de M. Viau, Président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est mis aux voix et adopté.

I. — Présentation d'un nouveau porte-empreintes, par M. d'Argent.

M. d'Argent donne lecture d'une communication sur ce sujet (sera insérée dans le prochain numéro) et en fait la démonstration (voir la séance du 20 janvier).

Discussion

M. Touvet-Fanton. — Je me suis bien trouvé d'employer des pulvérisations de coryl dans le même but, pour refroidir les empreintes.

M. Viau. — J'ai essayé un procédé analogue à celui que vient de nous présenter M. d'Argent, il y a environ 12 ans; j'utilisais également un courant d'eau froide pour refroidir la composition pour empreintes, mais je n'ai pas persisté dans ces essais parce que je n'ai pu obtenir des fournisseurs auxquels je me suis adressé que des modèles de porte-empreintes extrêmement massifs et embarrassants. Aussi suis-je heureux de voir qu'un de mes confrères est arrivé à obtenir ce résultat.

M. Prevel. — J'emploie, dans le but de refroidir la composition pour empreintes, un procédé moins parfait, mais que je signale cependant, puisque cette question est soulevée aujourd'hui. Je prends d'abord l'empreinte exactement et je retire rapidement mon porte-empreintes, que je refroidis en le passant dans l'eau fraîche. Puis je le remets dans la bouche en m'efforçant de le replacer dans la même position et je le laisse ainsi pendant quelques instants.

M. d'Argent. — Ce procédé est déjà un perfectionnement, mais je pense qu'il est inutile d'insister pour montrer que le système que j'ai proposé est préférable.

II. — Présentation d'un nouveau fauteuil pour l'anesthésie, par M. Wirth

M. Wirth. — J'ai imaginé pour l'anesthésie un fauteuil qui peut se mettre dans la position d'horizontalité absolue, au moyen d'un mécanisme très simple; les bras sont mobiles ; le fauteuil est à pompe. Pour s'en servir dans les opérations ordinaires, on le remet dans la position normale. Comme vous le voyez, il est susceptible de s'allonger (M. Wirth présente le fauteuil et lui donne les diverses positions).

Discussion

M. Dubois. — Je trouve ce fauteuil très bien fait, et pour l'anesthésie générale il rendra de grands services. Permettez-moi pour-

tant d'exprimer un vœu : c'est que nos fabricants, qui copient le modèle de Wilkerson, le modifient au moins sur un point : l'appui-tête est trop étroit, et sa concavité n'est pas assez accusée, ce qui fait que la tête du patient s'y loge mal ; quant aux patientes, leur coiffure en souffre beaucoup. Cette étroitesse de l'appui-tête a pour but de permettre le déplacement de l'appui-bras qui y est adjoint. Pour mon compte, je trouve cet appendice superflu et je souhaiterais qu'on modifiât sur ce point ce modèle de fauteuil qui approche, on peut le dire, de la perfection.

M. Wirth. — Un de nos confrères m'a fait établir une têtière complètement évidée ; le problème est donc résolu, car vous pouvez ajouter une têtière quelconque à ce fauteuil.

III. — Présentation d'un nouveau tour d'atelier, par M. Wirth

M. Wirth. — Voici un tour d'atelier dont la tête est semblable à celle des autres tours. Habituellement, comme bielle on a un crochet qui se fixe avec deux pointes ; mais cette bielle, par suite de l'usure, étant susceptible de tomber sur le pied de l'opérateur et de le blesser, j'ai été amené à mettre des coussinets dans lesquels roule la bielle. De cette façon point de rupture à craindre, point de bruit, point de frottement et point de fatigue ; point de billes non plus, car ce n'est pas nécessaire. Ce tour donnera le double des autres (M. Wirth présente l'appareil).

M. Viau. — Nous vous remercions beaucoup de vos intéressantes présentations et nous espérons que vous voudrez bien et que vous pourrez tenir compte, dans la mesure du possible, des observations auxquelles elles ont donné lieu.

IV. — Présentation d'un tour dentaire, par M. Anthoine

M. Anthoine. — Avec ce tour dentaire vous n'avez point de bruit, car tout est monté sur billes. Il porte une main modifiée, dans laquelle aucune partie ne peut ni s'user ni se casser.

V. — Implantation de dents décalcifiées par M. Amoedo

M. le Dr Sauvez résume les opérations pratiquées par M. Amoedo à la séance de démonstrations pratiques du dimanche précédent et présente aux assistants les instruments dont il s'est servi.

VI. — Présentation d'instruments stérilisables pour la prothèse immédiate, par M. Amoedo

M. Amoedo présente une trousse d'instruments pour pratiquer la prothèse immédiate, instruments tous en acier nickelé et, par suite, facilement stérilisables.

M. Viau. — Je suis heureux de pouvoir remercier, au nom de la Société, M. Amoedo de ses intéressantes démonstrations et présentations et de l'extrême obligeance qu'il montre pour initier tous ses confrères à ses opérations.

VII. — Asepsie du matériel opératoire, par M. Choquet

M. Choquet donne lecture d'une communication sur ce suje (voir *Travaux originaux*).

M. le Dr Sauvez. — Je crois être l'interprète de tous les membres de la Société en remerciant M. Choquet de sa communication qui est surtout très complète ; si nos élèves voulaient bien prendre une partie des précautions qu'il recommande, nous n'aurions qu'à nous en féliciter et leurs malades s'en trouveraient bien.

VIII. — Note sur l'acide arsénieux, par M. Poinsot.

M. Jeay donne lecture, de la part de M. Poinsot, d'une note sur ce sujet (Voir d'autre part).

M. Viau. — Vous voyez que M. Poinsot, quoique empêché de se trouver parmi nous, n'en a pas moins songé à notre réunion et qu'il est toujours le praticien soigneux qui ne manque jamais de nous tenir au courant de ses petits perfectionnements et de ses observations.

IX. — Présentations diverses et dons au musée

1°

M. Dubois. — J'ai à vous présenter et à offrir au musée de l'École, de la part de M. Douzillé, une série de modèles et d'anomalies, dont plusieurs sont très intéressants ; un certain nombre de dents pathologiques et des modèles excellemment pris, pourvus chacun d'une mention explicative permettant de les classer.

2°

M. le Dr Roy. — M. Bonnard nous a présenté une observation de retard dans l'éruption qu'il attribue à une résorption. J'ai combattu cette opinion et j'apporte aujourd'hui, à l'appui de mon dire, une dent semblable à celle de M. Bonnard : c'est une canine supérieure gauche. Le malade avait toutes ses dents, la première grosse molaire était sensible à la percussion, mais ne présentait point de carie visible ; j'enlevai la dent et je vis une molaire avec une racine postérieure couverte par la carie.

Discussion

M. Bonnard. — Selon moi, la dent que j'ai présentée offre une cavité, due à une sorte de moulage sur une dent qui n'avait pas fait son éruption. Comme il est impossible de se former un jugement en voyant simplement les deux dents, je demande qu'une commission soit chargée de l'examen et de faire connaître son avis.

M. le Dr Sauvez. — L'ordre du jour étant très chargé, je propose que cette question soit renvoyée à la prochaine séance, comme je remets moi-même au mois prochain la communication que je devais vous faire aujourd'hui sur *deux dents temporaires soudées entre elles avec une cavité pulpaire unique.*

X. — Rapport annuel du secrétaire général, par M. le Dr Sauvez

M. le Dr Sauvez donne lecture de ce rapport, inséré d'autre part.

XI. — Allocution du président, par M. G. Viau

M. Viau prononce une allocution (voir d'autre part).

XII. — Questions a mettre a l'ordre du jour du congrès régional

M. Dubois. — Je demande à la Société de se prononcer sur les questions que la Commission vous propose de mettre à l'ordre du jour du Congrès. Nous pensons, en effet, qu'il est bon qu'à chaque Congrès on concentre les études sur des points déterminés, de manière à avoir des discussions fructueuses ; nous avons réduit ces questions à deux : 1° nouvelles méthodes et appareils de redressement, avec exposition de spécimens et de modèles d'anomalies ; 2° de l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire en province.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

XIII. — Interprétation du règlement intérieur

M. de Marion. — A la dernière séance de la Société d'Odontologie j'ai lu un mémoire sur le formol et son emploi en thérapeutique dentaire et j'ai déposé ce mémoire sur le bureau pour qu'il figure au compte-rendu, dans le journal de la Société. Or, j'ai appris par hasard que ce travail avait subi des coupures et ne serait pas publié *in extenso*. Comme ces coupures sont de nature à atténuer la portée de cet article et à en dénaturer le sens, je prie la Société de décider que mon manuscrit me sera rendu, parce qu'on ne saurait avoir le droit, puisque j'ai lu mon travail en entier, de n'en donner qu'un extrait. Je le remettrai à un journal médical qui l'insérera dans sa totalité et M. Dubois, s'il le veut, n'en publiera qu'une partie.

M. Dubois. — Dans la réclamation de M. de Marion il y a à la fois une question de fait et une question de droit. Décider quelles coupures peuvent et doivent être faites dans une communication, c'est là un point qui regarde le bureau de la Société et le comité de rédaction ; nous avons un bureau qui nous représente, c'est à lui de décider. Voilà la question de fait. Reste la question de droit. Nous avons un règlement, dont l'art. XXIV nous permet de ne publier que ce qui est absolument intéressant. Si vous décidez dans le sens de M. de Marion, vous serez tenus partout et toujours de publier *in extenso* les communications qui vous seront faites. Je comprends que le bureau me dise que j'ai eu tort de pratiquer des coupures dans la communication de M. de Marion, alors je m'inclinerai. Mais je demande s'il est permis au bureau de retrancher une virgule ou si, au contraire, il doit publier telles quelles les communications qui lui sont présentées.

Je désire donc l'avis du bureau sur le sens qu'il faut attacher à l'art. XXIV du règlement : « ... le secrétaire général *revoit, vérifie et classe tout ce qui doit être publié* par le Journal l'Odontologie. » Ces mots *tout ce qui doit être publié* indiquent bien que le secrétaire général est juge de la publication et il n'est pas douteux que le bureau ne doive avoir la haute main à cet égard.

M. de Marion. — M. Dubois a déplacé la question et prétend que le bureau doit être consulté ; or, dans l'espèce, il n'en a pas été ainsi, puisque j'en ai parlé au bureau et que celui-ci l'ignorait. Je n'ai

pas demandé la publication de mon mémoire, mais dès l'instant qu'on le publie, je désire que ce soit en entier. M. Dubois m'a remis des morceaux de papier en me disant : « Voilà ce que j'ai coupé ». Si le bureau et le Comité de rédaction trouvent mon article trop long, qu'ils me le rendent et, quand il aura paru ailleurs, vous pourrez en donner un extrait. Je demande à le retirer.

M. Godon. — Vous avez déposé une copie de votre communication sur le bureau de la Société après l'avoir lue ; cette copie appartient à la Société.

M. Viau. — En cette matière nous nous en rapportons aux traditions ; or, nous avons eu tous des communications plus ou moins longues qui ont été écourtées lors de la publication.

M. de Marion. — Après votre avis.

M. Viau. — Mais vous avez été consulté!

M. de Marion. — Du tout, j'ai appris le fait par hasard.

M. le Dr Roy. — L'art. XXIV du règlement stipule qu'un exemplaire de chaque communication doit être déposé sur le bureau de la Société et appartient à celle-ci. On n'a donc pas le droit de vous rendre le vôtre et la Société a celui de n'en publier qu'un résumé.

M. Dubois. — Le journal publie les travaux de la Société, non seulement les communications qui y sont faites, mais aussi les discussions auxquelles elles donnent lieu ; or, si M. de Marion nous a entretenus un certain temps sur le formol, nous avons eu aussi des communications sur d'autres sujets et des discussions qui doivent trouver place au journal. M. de Marion est propriétaire de son travail à condition qu'il ne le présente pas à la Société ; une fois celui-ci devant elle, il n'a pas le droit de le retirer parce qu'il ne saurait faire, pas plus que personne d'ailleurs, que ce qui a été dit ici soit supprimé.

M. Loup. — J'admets bien qu'on publie simplement le compte rendu analytique de nos discussions, mais non celui des communications, et, quoique minorité, je ne reconnais pas au bureau le droit de me retrancher une seule idée.

M. Touvet-Fanton. — Un article écrit appartient à son auteur et il est regrettable qu'on ne prévienne pas celui-ci de l'intention d'y pratiquer des coupures. Rien ne devrait être supprimé sans qu'il le sût.

M. Dubois. — Je laisse de côté la question de fait pour ne m'occuper que de la question de droit. Je serais désolé que l'opinion que le bureau est désarmé fût adoptée par vous.

M. le Dr Sauvez. — Cet article appartient à M. de Marion comme un enfant est à son père. Moi, secrétaire général, j'ai le droit de faire dire, dans mon compte rendu, ceci ou cela par M. de Marion ; mais prétendre que qui que ce soit a le droit de prendre un article et de le couper, c'est abusif.

M. Dubois. — J'ai, avec le Comité de rédaction, la responsabilité de l'intérêt scientifique et professionnel de notre publication.

M. de Marion. — Je ne reconnais à personne le droit de me corriger.

M. Martinier. — Vous auriez dû lire le règlement.

M. Francis Jean. — Les paroles prononcées ici n'appartiennent à personne; elles sont à la Société.

M. le Dr Roy. — En déniant à M. de Marion le droit de reprendre son article, je ne lui ai pas dénié le droit de le publier ailleurs; mais si nous le publions avec des coupures ce ne peut être qu'en l'accompagnant des mots : *Résumé de la communication de M. de Marion.*

M. Godon. — Il y a deux ans nous avons combattu l'article du règlement, Roy et moi, parce que nous trouvions que les droits des auteurs n'étaient pas assez sauvegardés et nous y avons fait ajouter une mention libérale. Toute personne qui fait une communication en dépose un exemplaire qui appartient à la Société, laquelle la publie en entier ou n'en publie qu'un extrait. L'auteur, de son côté, la présente ailleurs et la publie *in extenso* si cela lui convient, mais j'estime que notre bureau a, pour sa part, le droit de couper l'article, de le mettre aux archives, de le publier ou non à son choix.

M. Dubois. — Je suis d'accord avec MM. Godon et Roy. Un auteur de communication subirait un préjudice si, en publiant celle-ci, on ne disait pas qu'il y a été fait des coupures ; il y a donc oblibligation de ne pas induire le lecteur en erreur en laissant croire que l'article est *in extenso*, c'est-à-dire en indiquant que c'est simplement un extrait. En agissant ainsi nous respectons le règlement.

M. Bonnard. — Le bureau doit se déclarer solidaire ou non de ce qui a été fait.

M. d'Argent. — Je formule une double proposition : 1° les articles non insérés ne seront pas rendus ; 2° les articles publiés doivent l'être en entier ou peuvent l'être en extrait, à condition qu'il en soit fait mention.

M. Godon. — Je regrette que notre secrétaire général ne soit pas d'accord avec le directeur de notre journal ; il aurait pu s'entendre avec lui après la remise des communications, parce que notre bureau a le devoir de s'assurer que celles-ci n'ont rien à reprendre. Si le bureau avait présenté ses observations, M. de Marion en aurait sûrement tenu compte et nous n'aurions pas eu cet incident.

M. le Dr Roy. — Il est bien évident que quand on ne publie pas *in extenso*, on doit ajouter le mot : *résumé*. Si l'on était obligé de publier en entier toutes les communications, cela aurait parfois un caractère de réclame ; il est donc légitime d'avoir le droit de ne les publier que sous une forme résumée.

Pour clore le débat, je demande l'ordre du jour pur et simple.

M. de Marion. — Je demande que la Société décide que les communications seront déposées avant la séance et que le bureau en prenne connaissance.

M. le Dr Sauvez. — Puisque je suis directement en cause dans cette discussion, je tiens à dire ma façon de penser à ce sujet.

Certes, M. Dubois a raison de dire que le journal ne peut être astreint à publier *in extenso* ou même peut ne pas publier du tout un article, une communication qui est lu à la Société ; ainsi que le dit

le règlement, c'est au secrétaire général à voir, corriger, couper les communications présentées pour les publier, mais je trouve abusif de prétendre que l'on pourrait faire paraître cet article coupé, tronqué, *signé* de l'auteur.

En d'autres termes, je trouve que nous avons le droit de faire paraître ce que nous voulons ou non de la communication de M. de Marion, si nous spécifions que c'est un extrait ou si ces tronçons de communication sont signés du secrétaire général, parce que dans ce cas, c'est lui qui en est responsable, mais je prétends que nous ne pouvons, sous peine d'effrayer tous les auteurs qui pourraient présenter des communications à cette Société, faire des coupures, résumer des passages, etc. et faire paraître ce résumé ou ces coupures sous le nom de l'auteur. Celui-ci a le droit de faire ce que bon lui semble de sa communication et est, à mon avis, absolument maître de ne la signer que si elle est publiée *in extenso*.

M. Papot dépose et lit l'ordre du jour suivant : « La Société d'Odontologie, laissant à son bureau le soin d'appliquer le règlement et de s'entendre avec la commission du journal, passe à l'ordre du jour. »

M. le Dr Roy. — J'estime suffisant l'ordre du jour pur et simple; toutefois je me rallie à celui de M. Papot.

L'ordre du jour de M. Papot est mis aux voix et adopté.

XIV. — Modification au règlement

M. Godon. — Avant que vous procédiez aux élections pour le renouvellement du bureau, je vous demanderai de vous prononcer sur la modification suivante que je propose d'apporter à l'art. 13 : « Le président *sortant n'est pas rééligible* et les vice-présidents ne peuvent être élus plus de deux années consécutives. » Comme vous le voyez, toute la modification consiste à décider que le président sortant ne sera pas rééligible, et mon but, en vous la proposant, est d'assurer l'alternance de nos membres dans l'occupation du fauteuil. Il est nécessaire qu'elle soit mise aux voix avant les élections pour qu'elle n'ait aucun caractère personnel et qu'elle ne soit pas considérée comme dirigée contre tel président élu.

La prise en considération de la position de M. Godon est mise aux voix et adoptée.

XV. — Renouvellement du bureau

M. Viau. — Vous avez à élire 1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire général et 2 secrétaires des séances.

Le scrutin est ouvert. Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants	26
Majorité absolue	14

Ont obtenu :

Pour la présidence :

MM.	Francis Jean...	18 voix	MM.	Viau	2 voix
	Godon	3 —		Frey	1 —
	Gillard	2 —			

Pour la 1re vice-présidence :

MM. Martinier.....	17 voix	M. Dubois............	2 voix
Sauvez........	3 —		

Papot, Viau, Francis Jean, Godon, chacun 1 voix.

Pour la 2e vice-présidence :

MM. Sauvez........	11 voix	M. Frey..............	2 voix
d'Argent......	5 —		

Roy, Viau, Prével, Dubois, Loup, Papot, Bonnard, chacun 1 voix.

Pour le secrétariat général :

MM. Roy..........	16 voix	M. Frey..............	3 voix

Viau, Joseph, Bonnard, Martinier, Francis Jean, chacun 1 voix.

Pour le 1er secrétariat des séances :

MM. Jeay..........	6 voix	MM. Loup	3 voix
Josef..........	4 —	Sauvez..........	3 —
Papot.........	4 —	Bonnard	2 —

Frey, Godon, d'Argent, Choquet, Löwenthal, chacun 1 voix.

Pour le 2e secrétariat des séances :

MM. Touvet-Fanton.	10 voix	M. Loup............	2 voix
Josef.........	3 —		

Papot, Duchange, Francis Jean, Bonnard, Roy, Legret, Prevel et Frey, chacun 1 voix.

M. Viau. — En conséquence de ces votes, M. Francis Jean est élu président, M. Martinier 1er vice-président, et M. Roy secrétaire général. Il y a ballottage pour le 2e vice-président et les secrétaires des séances.

En raison de l'heure avancée et du petit nombre de membres présents, il est décidé que le scrutin de ballottage aura lieu à la prochaine séance, à 10 heures, et figurera à l'ordre du jour.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Dr SAUVEZ



SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du lundi 17 juin 1894.

Présidence de M. MAGITOT, président.

M. le secrétaire annuel donne lecture d'un travail sur un *épithélioma diffus de la voûte palatine et du maxillaire inférieur*, par M. DOP (de Toulouse).

Le 16 février dernier, M. le Dr Secheyron, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, nous adresse une malade dont le cas lui paraît aussi rare qu'intéressant. Il s'agissait pour lui d'un épithélioma diffus de la bouche et il désirait connaître notre opinion. Voici ce que nous avons observé :

Mme F. C... est âgée de 60 ans ; son père est mort à 75 ans d'une con-

gestion cérébrale et sa mère à 70 ans des suites d'une affection cardiaque. La lésion que nous allons étudier remonte à 6 mois.

Au maxillaire supérieur la canine droite seulement. La muqueuse gingivale et palatine fortement épaissie, présente un aspect grenu, chagriné et par places mamelonné. Les plicatures palatines, quoique plus développées, ont perdu la netteté de leurs contours. Le pli médian, à peine indiqué dans l'état normal, présente dans ses deux tiers postérieurs un sillon large et profond qui mesure de 3 à 4 millimètres dans ces deux dimensions. Les parois de ce sillon sont tapissées par de nombreuses granulations volumineuses dont la couleur n'est pas aussi nettement rosée que sur les autres parties de la muqueuse ; le fond du sillon est légèrement jaune.

En arrière, sur les parties latérales de la voûte palatine, il existe encore quelques îlots de muqueuse saine. Le voile du palais, de chaque côté de la ligne médiane et un peu en arrière de la limite de la portion dure du palais, présente les mêmes altérations ; celles-ci ne s'étendent pas jusqu'au bord libre du voile ; on constate encore de ce côté une zone assez importante de tissu sain.

Au maxillaire inférieur, perte de toutes les molaires du côté gauche et la gencive, en cette région, présente la même affection que la muqueuse palatine, avec des caractères objectifs absolument semblables. Il existe de ce côté une adénite sous-maxillaire.

Examen microscopique. — Un premier raclage est pratiqué sur le bord gauche du sillon palatin pour permettre de détacher, des couches sous-jacentes, quelques cellules à caractères bien définis. Les produits d'un second raclage sont plongés, sans aucune préparation, dans une goutte de glycérine. Examinés au microscope, ils nous ont montré que cette lésion était formée par des cellules épithéliales pavimenteuses renfermant une plus grande quantité de matière amorphe que les cellules normales de la bouche. Au sein de cette substance granuleuse existent des noyaux ovalaires, sans nucléoles et ayant une couleur franchement jaune.

Cette coloration est pour nous le signe d'un commencement de dégénérescence du néoplasme. Le volume de ces cellules est plus considérable qu'à l'état normal.

Ces cellules se trouvent enveloppées par un réseau assez dense de fibres élastiques.

Le diagnostic *d'épithélioma* porté par M. le Dr Secheyron est confirmé par notre examen.

M. Cruet donne lecture d'un note sur des *Accidents infectieux dus à l'éruption tardive de deux prémolaires supérieures droites chez un homme de 45 ans.*

L'observation présente a pour but de montrer que les accidents infectieux si souvent décrits pour les dents de sagesse inférieures, en particulier, se reproduisent d'une façon presque identique pour d'autres dents, faisant leur éruption, dans des conditions en réalité semblables, mais tout à fait inattendues dans notre cas.

Antoine S..., 45 ans, se présente à notre consultation de l'hôpital de la Charité, le samedi 3 mars 1894, avec une tuméfaction considérable de la joue droite et de la lèvre du même côté, s'étendant au-dessous des narines, au delà de la ligne médiane. La douleur éprouvée par le malade paraît violente et s'acompagne d'un état fébrile qui dure depuis quelques jours et est à son maximum. L'abattement est considérable. Nous examinons la région. En soulevant la lèvre supérieure du côté droit, on aper-

çoit un gonflement de la gencive qui s'étend de la première molaire droite au-dessus de la canine du même côté, et c'est en ce dernier point que la tuméfaction est le plus forte ; tout le sillon gingival est distendu et en partie effacé. Il y a manifestement fluctuation, c'est-à-dire collection purulente et abcès.

Absence des prémolaires droites, c'est-à-dire que l'espace compris entre la première molaire et la canine de ce côté est vide ; la gencive entre ces deux dents participe au gonflement général et est *percée*, en un point qui correspond à la deuxième prémolaire absente, d'une ouverture fistuleuse étroite, qui donne issue à un liquide purulent de mauvaise odeur. Je n'interrogeai guère le malade sur l'histoire de ses dents et je crus avoir affaire à un accident banal, à un abcès grave, il est vrai, mais faisant probablement suite à la périostite infectieuse d'une racine de prémolaire cariée, correspondant à l'ouverture fistuleuse de la gencive. Dans ces conditions, j'explorai à peine le trajet fistuleux, et me mis immédiatement en devoir d'enlever cette racine supposée, qui devait être alors mobile et facile à extraire. En enfonçant profondément mon davier dans la gencive ramollie pour saisir la racine, quelle ne fut point ma surprise de rencontrer un corps dur, glissant, poli, sur lequel l'instrument mordit avec un bruit caractéristique.

Je débridai largement la gencive, fis un lavage et j'aperçus facilement la couronne reconnaissable d'une prémolaire ; la direction de celle-ci paraissait difficile à déterminer ; mais je n'hésitai pas à faire l'extraction en saisissant fortement la couronne ; elle sortit cette fois, quoique avec peine. C'était bien une prémolaire entière, saine d'apparence, dont la direction était très oblique, le sommet de sa racine touchant la racine de la canine et la couronne approchant la grosse molaire. Le pus ne sortit point en très grande abondance, c'est-à-dire que l'abcès siégeant au-dessus de la gencive ne se vida point franchement ; il fallut procéder à l'ouverture séparée de l'abcès qui se vida alors complètement. Lavages antiseptiques.

Cette opération faite, j'explorai la région de la dent enlevée, et alors seulement la sonde rencontra sur un point élevé près de la première molaire un nouveau corps dur arrondi et glissant. Nul doute, il y avait une seconde dent incluse dans l'alvéole, primitivement recouverte et masquée par la couronne très inclinée de la première prémolaire enlevée.

Je me mis en devoir d'extraire cette deuxième dent. Après de grandes difficultés je ne pus faire qu'une opération incomplète, et laissai une partie de la racine incluse. La couronne était celle d'une prémolaire de volume normal.

Le malade, à ce moment, était très fatigué, et n'ayant plus rien à faire, je le renvoyai à huitaine après force lavages antiseptiques dans l'alvéole et dans la cavité de l'abcès.

Huit jours plus tard, le malade était dans un état beaucoup plus satisfaisant : abcès vide, fluxion presque disparue, cessation de la fièvre qui avait encore persisté deux ou trois jours après l'opération. Nouveaux lavages antiseptiques et renvoi à huitaine. Huit jours après, le malade pouvait être considéré comme guéri, quoique la cicatrisation ne fût pas complète partout.

Interrogé ultérieurement, notre homme ne nous donna pas de renseignements bien précis. Il y avait eu, à la place des prémolaires supérieures droites, évidemment des molaires de lait, qui avaient disparu depuis un temps indéterminé. Nulle part ailleurs dans la bouche d'autres dents de lait ; la mâchoire supérieure était garnie de toutes ses dents, sauf de la dent de sagesse supérieure droite ; quelques-unes de ces dents,

et notamment la canine droite, étaient cariées, mais superficiellement. Rien d'anormal à la mâchoire inférieure, ni aucune anomalie que l'absence des prémolaires supérieures droites.

Il s'agit bien d'accidents infectieux déterminés par l'éruption tardive et difficile des prémolaires. Cette infection s'est produite par la même poussée que les accidents des dents de sagesse, c'est-à-dire que les dents, dans leur effort d'éruption, arrivant près de la surface de la gencive, celle-ci, amincie et comprimée, s'est ulcérée et perforée et a ainsi ouvert la voie aux éléments infectieux qui se trouvent toujours à point dans la bouche. Suppuration légère d'abord, qui, ne trouvant pas une ouverture assez large pour s'écouler, a décollé peu à peu la gencive, s'est étendue et est arrivée à produire progressivement les désordres graves de la fin.

M. Magitot donne lecture d'une *note pour servir à la détermination de l'âge probable d'un squelette attribué au dauphin fils de Louis XVI.*

Une enquête avait été entreprise au cimetière Ste-Marguerite pour rechercher et examiner le squelette d'un sujet enterré le 12 juin 1795 comme étant celui de Louis XVII.

L'auteur fut appelé à donner son avis sur l'âge probable d'après l'état du squelette en général et en particulier d'après l'état des mâchoires et de l'appareil dentaire.

La mâchoire supérieure est frappée d'une atrésie qui devait se traduire sur le vivant par un certain degré de menton de galoche ; absence complète des dents de lait ; incisives de dimensions moyennes et de forme normale ; canines et prémolaires normales ; premières molaires en place ; les 4 dents de sagesse sont visibles dans les loges osseuses qui les renferment.

Il en résulte que l'âge du sujet doit être porté de 18 à 20 ans.

Ce sujet était probablement masculin.

Ces constatations ne se rapportent en aucune façon au Dauphin, en admettant la tradition historique qui place sa mort et son inhumation à l'âge de 10 ans et 2 mois. (Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE VOTE DU BUDGET DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Les 11, 12 et 14 février, la Chambre des députés a examiné et voté le budget du ministère de l'Instruction publique. L'entente entre le Gouvernement et la Commission du budget a été confirmée par la Chambre et très peu d'amendements ont été adoptés.

Il n'en a été présenté aucun en ce qui concerne l'enseignement de l'art dentaire, et il en résulte qu'à moins d'une décision contraire et improbable du Sénat, l'enseignement libre de l'art dentaire reste debout et sans la concurrence de l'Etat.

Cela est absolument décisif et gros de conséquences.

La loi de 1892 pouvait avoir pour premier effet de supprimer l'en-

seignement libre de notre profession. Nous avons pu écarter ce grand péril. Comment? En intéressant à notre cause des hommes éminents du Parlement: M. Brisson, président de la Chambre des députés; M. Chautemps, ministre des colonies; M. Rouvier, président de la Commission du budget; M. Bastid, rapporteur; M. Mesureur, membre de la même Commission.

Les intérêts particuliers des dentistes n'auraient pas trouvé de semblables défenseurs s'ils n'avaient été liés à des intérêts généraux : ceux de l'enseignement libre, l'encouragement à l'initiative privée, l'économie budgétaire.

Quoique le crédit pour l'organisation de l'enseignement officiel de l'art dentaire ne fût pas en question, il n'en a pas moins été parlé de nous. Deux députés de la droite, M. Lanjuinais et M. d'Hulst, ont cité le passage de l'excellent rapport de M. Bastid que nous avons reproduit dans notre avant-dernier numéro et en ont tiré argument en faveur de l'enseignement libre auquel ils coopèrent.

De sorte que notre œuvre, faite et dirigée par des républicains, a l'appui des républicains de la Commission du budget parce qu'elle est une application des idées républicaines, et a également l'appui de la droite parce qu'elle est une application des idées de liberté.

A ce que nous avons appris, la suppression des crédits a été votée à l'unanimité par la Commission du budget. Devant la Chambre la même unanimité se retrouve pour nous donner raison. C'est un succès qui nous honore et qui nous est pour l'avenir un gage de durée, l'assurance que nous poursuivrons sous l'empire de la réglementation, comme sous celui de la liberté d'exercice, le développement autonome de notre enseignement.

Tous les dentistes peuvent se féliciter de ce résultat.

Voici les passages du compte rendu sténographique dont nous parlons.

M. Lanjuinais. Eh bien! quand il s'agissait de l'art dentaire, l'Administration faisait observer qu'il était inutile d'établir une Ecole à Lille puisque la Faculté catholique de Lille donnait cet enseignement. M. le rapporteur du budget de l'Instruction publique vous disait en outre que l'établissement d'un enseignement semblable à Paris serait « la mort de certaines institutions libres » et que « l'Etat ne doit pas venir détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle ». Ce que je demande, c'est que vous ne soyez pas moins libéraux en matière littéraire qu'en matière dentaire. (*Très bien! très bien!*)

M. d'Hulst. Messieurs, en lisant le rapport de l'honorable M. Bastid sur le ministère de l'Instruction publique, j'ai relevé une petite économie proposée par la Commission du budget et que, pour ma part, j'approuve hautement: c'est une économie de 50.000 fr. Cela n'est pas à dédaigner. Cette économie porte sur un crédit de pareille somme qui avait été demandé par l'Administration afin d'établir dans deux Facultés de médecine un enseignement préparatoire à la profession de chirurgien-dentiste. (*Mouvements divers.*)

Ce n'est pas là ce qui m'intéresse ni ce qui m'occupe; mais le principe qui est visé dans le rapport me touche singulièrement. Déjà l'Administration elle-même et le Conseil supérieur de l'Instruction publique avaient compris que, si la loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat l'obliga-

tion d'organiser cet enseignement dentaire, il convient de n'avancer qu'avec beaucoup de prudence dans cette nouvelle voie de dépenses; et voilà pourquoi on vous avait proposé de ne l'organiser que dans deux Facultés.

La Commission du budget a été plus loin ; elle vous demande de ne pas même procéder à cette organisation, et voici la raison qu'elle en donne : c'est que, comme le fait remarquer le ministère de l'Instruction publique, cet enseignement de la chirurgie dentaire « existe à la Faculté catholique de Lille ». Ainsi l'Administration voyait là une raison de ne pas l'établir chez elle ; et la Commission du budget ajoute :

« Il ne faut pas non plus l'établir à Paris, parce qu'il existe à Paris deux Ecoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats... On peut prévoir que des Ecoles de ce genre s'organiseront ailleurs. Si l'on incorpore cet enseignement dans les Facultés de médecine qui ne le demandent pas, c'est la mort des établissements libres. »

« Est-il donc nécessaire — ajoute le rapporteur — que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle ? »

(*Journal officiel* du 12 février.)

Il n'est pas nécessaire de répéter que la bonne foi du rapporteur du budget de l'Instruction publique a été surprise et que la Faculté catholique de Lille n'avait pas en 1894 d'enseignement complet de l'art dentaire, ainsi que l'établit la lettre du vice-recteur de cette Faculté que nous avons publiée dans notre n° de décembre 1894. — P. D.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

La Commission d'organisation du Congrès a désigné les rapporteurs pour les questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

I. Nouvelles méthodes et appareils de redressement.

Rapporteur, M. Martinier.

II. De l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire en province.

Rapporteur, M. P. Dubois.

La désignation de questions, la nomination de rapporteurs ont pour but : de concentrer l'attention du public professionnel sur des points qu'il est opportun de bien éclairer, d'avoir des discussions profitables sur des sujets pour lesquels il serait bon que l'opinion générale se manifeste. Mais rien de plus.

En dehors de ces questions, toute communication intéressant l'art dentaire sera bien accueillie par le bureau.

Nous publierons dans notre prochain numéro une première liste des adhérents.

Les adhésions doivent être adressées à M. Viau, 47, boulevard Haussmann.

Les communications sur l'organisation, ainsi que les manuscrits doivent être adressés au bureau du journal, au président ou au secrétaire général de la Commission d'organisation.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

CONCOURS POUR UN POSTE DE PROFESSEUR SUPPLÉANT

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa

séance du 19 février, a décidé l'ouverture d'un concours pour le poste de professeur-suppléant de thérapeutique spéciale.

Les conditions de ce concours, qui aura lieu au mois de juillet prochain, seront insérées dans le prochain numéro du journal.

COURS PRÉPARATOIRES AU CERTIFICAT D'ÉTUDES EXIGÉ DES ÉTUDIANTS DENTISTES

Pour répondre aux conditions stipulées par la loi de 1892, l'Ecole dentaire de Paris a ouvert, au mois de janvier dernier, au siège de l'Institution, des cours préparatoires au certificat de fin d'études exigé des candidats au grade de pharmacien de 2e classe, certificat obligatoire pour les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste.

Le programme de ces cours, ainsi que la composition du personnel enseignant, ci-dessous indiqués, dénotent bien l'excellence de cette organisation.

Lundi et mercredi. Anglais. M. Mandon, professeur des Écoles de la Ville de Paris.

Mardi et vendredi. Français. M. Ragot, professeur au Collège Chaptal.

Jeudi. Géométrie et physique. M. Mercereau, professeur à l'Ecole Péclet.

Samedi. Arithmétique et algèbre. M. le Dr Mora, professeur à l'Ecole Arago.

Dimanche. Histoire naturelle. M. le Dr Jacvorowsky, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine de Paris.

Dimanche. Chimie. M. Halphen, chimiste-expert au Ministère du Commerce.

Les inscriptions seront reçues jusqu'à fin mars prochain.

RÉPÉTITIONS POUR LES EXAMENS DE CHIRURGIENS-DENTISTES

Incessamment, l'Ecole dentaire de Paris organisera une nouvelle série de répétitions préparatoires à la prochaine session des 3 examens de la Faculté pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

Le succès obtenu par l'Ecole dans les précédentes sessions où un nombre considérable de ses candidats ou de ses diplômés a été reçu, est une sérieuse garantie pour l'avenir.

Une circulaire sera adressée sous peu pour indiquer l'ouverture et les conditions de ces répétitions.

Les inscriptions sont reçues dès à présent au secrétariat de l'Ecole, 4, rue Turgot.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'apprendre que notre distingué confrère, M. le Dr Vincenzo Guérini, a été décoré de la couronne d'Italie et a obtenu un diplôme d'honneur pour sa participation aux expositions. Qu'il reçoive nos félicitations.

Dans la liste des officiers d'Académie du 1er janvier 1895, nous avons fait figurer à tort M. Quincerot, qui a obtenu les palmes d'officier de l'Instruction Publique.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. G. Sejour, jeune médecin en chef de l'Hôpital militaire de l'arrondissement de la Grande Anse (Haïti), élève de deuxième année à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Sejour était âgé de 34 ans et avait su vite gagner l'estime de ses maîtres et de ses camarades.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale annuelle du mardi 4 décembre 1894.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures 10 minutes.

M. Francis Jean, Secrétaire général. — Le procès-verbal de la dernière assemblée générale, celle du 5 décembre 1893, a été publié dans le numéro de janvier du *journal*. L'Assemblée désire-t-elle qu'il en soit donné lecture?

M. Godon. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter à ce sujet?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Francis Jean communique la correspondance, qui comprend : 1° des lettres de MM. Billebaut et Quincerot, déclinant toute candidature; 2° une lettre d'excuses de M. Berthaux, de Soissons, qui ne peut assister à la séance; 3° une lettre par laquelle M. Poinsot donne sa démission de membre du Conseil d'administration et de directeur de l'Ecole.

M. Godon. — Le bureau reçoit à l'instant cette dernière lettre qui n'a, par suite, pu être soumise au Conseil. Son devoir en pareil cas est de refuser la démission et d'envoyer deux délégués auprès du démissionnaire pour le faire revenir sur sa décision, et c'est ainsi que le Conseil aurait agi s'il avait été informé. Quel est l'avis de l'Assemblée?

Un membre. — De refuser la démission.

M. Lemerle. — La lettre arrivant trop tard pour qu'on suive la marche ordinaire, votons un ordre du jour refusant la démission ; cela vaudra bien la décision du Conseil.

M. Vacher demande que deux délégués aillent communiquer cette décision à M. Poinsot.

La double proposition de MM. Lemerle et Vacher est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Godon. — Vous allez nommer un nouveau Conseil; je pense que vous pourriez lui laisser le soin de faire cette démarche (Marques d'assentiment).

J'ai le regret de vous faire part de la mort d'un de nos premiers diplômés, M. Crouzet, de Marseille, que j'apprends à l'instant. Il était âgé de 54 ans. Il avait fondé dernièrement dans cette ville le 1er groupe provincial des chirurgiens-dentistes, il était toujours resté en rapports avec nous, défendant les intérêts de nos Sociétés et de l'Ecole dans les *Bouches-du-Rhône*. Nous envoyons à sa famille l'expression de nos sentiments de condoléance et nos regrets bien sincères que l'assemblée partagera, j'en suis sûr.

La parole est à M. le Secrétaire général pour la lecture du rapport annuel.

M. Francis Jean donne lecture de ce document.

M. Godon. — La discussion aura lieu après la lecture du rapport du

trésorier. La parole est à M. le trésorier pour la lecture de son rapport.

M. d'Argent, trésorier, donne lecture de ce document.

M. Godon. — Qui désire la parole sur le premier rapport?

M. Dubois. — En ce qui concerne le *journal*, M. le Secrétaire général a commis une erreur matérielle. Je demanderai à M. d'Argent, qui a été rapporteur de la question, de vouloir bien rétablir les faits.

M. Dubois. — M. Francis Jean croit le traité de 9 ans et dénonçable tous les 3 ans, quand il a une durée fixe de 9 ans.

M Francis Jean. — C'est juste.

M. Hugo Swaycarski. — Je crois avoir entendu qu'on a engagé quelqu'un pour maintenir l'ordre et la discipline. Cette surveillance était-elle bien nécessaire?

M. Godon. — Il y a tous les jours à l'École un nombreux personnel d'élèves et de malades. Nous avions besoin d'un surveillant pour représenter l'administration dans toutes les circonstances ; celui que nous avons choisi est un ancien capitaine en retraite et depuis sa nomination nous n'avons eu qu'à nous louer de notre décision.

M. Dubois. — Au risque d'avoir l'air de nous adresser des félicitations mutuelles, je suis obligé de déclarer que nous devons des remercîments tout particuliers au Secrétaire général et au Trésorier qui ont supporté à eux deux une forte part du poids d'une lourde tâche et je serais heureux que l'assemblée les leur accordât par un vote (*Applaudissements*).

M. Godon. — J'allais précisément vous faire cette proposition, mais puisque M. Dubois m'a devancé, je n'ai plus qu'à l'appuyer (*Applaudissements*).

Les rapports du Secrétaire général et du Trésorier sont successivement mis aux voix et adoptés.

M. d'Argent donne lecture du projet de budget pour l'exercice 1894-1895, qui est ainsi établi.

PROJET DE BUDJET POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-95.

DÉPENSES			RECETTES		
Professeurs	11.500	»	Souscriptions	500	»
Appointements et salaires	12.000	»	Inscriptions d'Elèves	40.000	»
Cours et Pharmacie	2.300	»	Retenue sur dépôt	1.300	»
Chauffage	400	»	Droit de Bibliothèque	600	»
Eclairage	1.200	»	Aurifications. (Matières premières.)	400	»
Blanchissage	500	»	Subventions	1.800	»
Frais de bureau	600	»	Cotisations	3.500	»
Imprimés et publicité	1.800	»	Sous-locations	400	»
Matériel	1.000	»	Troncs et intérêts	500	»
Loyer, impôts et assurances	8.400	»			
Inauguration	800	»			
Frais généraux	2.000	»			
Entretien et réparations	500	»			
Société d'Odontologie	400	»			
Eau	100	»			
Imprévu	1.000	»			
Annuité à l'Association	950	»			
TOTAL	45.450	»	TOTAL	49.000	»

Il ajoute : « Ce projet de budget nous oblige à beaucoup de prudence. L'année dernière a été très belle et, cette année, nous en profitons, mais il convient de faire des réserves pour les années qui seraient mauvaises, pour les vaches maigres. Quoique nous nous trouvions en présence d'un excédent de recettes de 4.000 fr., j'invite le nouveau Conseil à dépenser le moins possible. »

M. Godon. — Quelqu'un désire-t-il la parole sur le projet de budget ?

Le projet de budget qui concerne les dépenses est mis aux voix et adopté ; la partie qui concerne les recettes est également mise aux voix et adoptée.

M. Godon. — L'ordre du jour appelle les modifications à apporter au règlement intérieur.

M. Dubois. — L'assemblée est maîtresse de son ordre du jour et, si elle décide que le scrutin aura lieu à 10 heures 1/2, elle aura peut-être le temps d'en finir avec cette question du règlement intérieur. Nous avons eu cette année, des préoccupations multiples qui ne nous ont pas permis de l'aborder plus tôt, et, en ne procédant pas comme je le propose, il nous faudrait ajourner la discussion à une nouvelle assemblée générale qui serait forcément reportée assez loin.

M. Viau. — On pourrait, en effet, discuter jusqu'à 10 heures 1/2, voter à ce moment et continuer la discussion pendant le dépouillement.

M. Lemerle partage cette manière de voir et en fait une proposition ferme.

La proposition de M. Lemerle est mise aux voix et adoptée.

M. Dubois, rapporteur. — Nous avons envoyé à domicile le texte des modifications que nous proposons et il convient de se référer au texte ancien pour les articles maintenus. Pour que vous puissiez décider en connaissance de cause, il est nécessaire, en effet, que vous connaissiez les nouveaux articles.

Voulez-vous une discussion générale d'abord ou une discussion particulière pour chaque article ?

M. Godon. — Personne ne demandant la parole pour la discussion générale, nous allons procéder à la discussion article par article.

M. Dubois. — Au titre 1er nous n'avons apporté qu'une seule modification : les mots *Ecole dentaire de Paris* sont substitués aux mots : Ecole de chirurgie dentaire ; à part cela, les art. 1 et 2 restent les mêmes. Voici l'art. 1 :

La Société de l'Ecole et du Dispensaire de chirurgie dentaire de Paris comprend :

1° Une Ecole professionnelle (dite Ecole dentaire de Paris).
2° Un dispensaire (dit Clinique dentaire gratuite).
3° Une Société scientifique (dite Société Odontologique de Paris).
4° Une bibliothèque.
5° Un musée.

M. Godon. — Je mets aux voix la suppression des mots *de chirurgie* dans cet article.

Cette suppression est approuvée et l'article est adopté.

M. Dubois. — Au titre 2, art. 3, nous avons ajouté les mots : *l'ordre du jour est établi par le bureau.* L'article est ainsi conçu :

Conseil d'administration. Trésorerie et comptabilité.

Le Conseil d'administration se réunit le troisième mardi de chaque mois, sur convocation spéciale adressée par le secrétaire général à tous les membres du Conseil ; l'ordre du jour est établi par le bureau.

Adopté.

M. Dubois. — Les art. 4, 5 et 6 anciens ne changent pas.

Dans l'art. 7 nous avons décidé qu'il y aurait à la tête des membres

du bureau un *président directeur de l'Ecole*, parce que nous avons jugé bon que les fonctions de président soient réunies à celle de directeur pour obtenir l'unité de fonctionnement qui nous est nécessaire en ce moment.

J'ajoute que les propositions que nous vous soumettons ont été votées à l'unanimité par la Commission et par le Conseil, sauf une seule dont il sera parlé tout à l'heure.

L'art. 7 est ainsi conçu :

Dans la première séance qui suit l'assemblée générale annuelle, le Conseil nomme les membres du bureau conformément aux statuts, savoir :

Un président directeur de l'Ecole ; deux vice-présidents ; un secrétaire général ; un secrétaire-adjoint ; un trésorier ; un bibliothécaire ; un conservateur du Musée ; un économe.

M. Lemerle. — M. Dubois vient de nous dire que le nouveau règlement a été adopté en Conseil ; comme je n'étais pas à la dernière séance, je n'ai pu présenter certaines observations, que je vais conséquemment formuler aujourd'hui. Vous réunissez en une seule les deux fonctions de président de la Société et de directeur de l'Ecole, qui sont pourtant bien distinctes : le premier dirige les débats, le second dirige l'Ecole. De plus, si vous nommez 2 vice-présidents, il faut indiquer celui qui sera chargé de suppléer le président.

M. Dubois. — L'observation de M. Lemerle me paraît juste, dans sa dernière partie, mais elle trouvera mieux sa place à l'art. 11.

M. Bonnard, secrétaire de la Commission. — La Commission s'est ralliée à la réunion des deux fonctions parce que, après avoir déterminé la tâche de l'un et de l'autre, elle s'est aperçue que la plus grande partie des responsabilités incombait au président.

Il ne restait plus alors au directeur que son titre. Mieux valait réunir les deux fonctions sur un même fonctionnaire.

L'article 7 est mis aux voix et adopté.

M. Dubois. — A l'art. 8 le directeur et le directeur-adjoint disparaissent, puisque le président est en même temps directeur. D'autre part, comme nous sommes en présence d'une besogne très lourde, nous avons pensé que, quand on accepte d'être membre du Conseil, on accepte en même temps sa part de travail et nous avons conséquemment divisé le travail dès le début et ajouté 2 nouvelles commissions : le conseil de famille et la commission des archives et fonctionnaires.

L'art. 8 est ainsi formulé :

A la première séance, le Conseil procède à la nomination d'une commission chargée de répartir, de façon égale et suivant leurs aptitudes, les membres du Conseil en six commissions permanentes :

1° Commission d'enseignement ; 2° commmission scolaire ; 3° commission des finances et de révision des comptes ; 4° commission des cérémonies ; 5° conseil de famille ; 6° commission des archives, fonctionnaires.

Cet article est mis aux voix et adopté.

M. Dubois — A l'article 9 nous avons ajouté les mots *à la seconde séance* :

Ces nominations se font à la seconde séance par des votes distincts et successifs, au scrutin secret et à la majorité absolue.

Adopté.

M. Dubois. — A l'art. 10 nous avons défini plus exactement les pouvoirs du président :

Le président représente le Conseil au nom duquel il porte officiellement la parole. Il le préside, ainsi que les assemblées générales. Il assure l'exécution des statuts et du règlement, dirige les discussions, pose et résume les questions, les met aux voix et proclame le résultat des votes.

M. Lemerle. — Il conviendrait dès lors d'y ajouter l'art. 23 pour le compléter.

Art. 23. — Le président veille à ce qu'on ne s'écarte pas de l'ordre du jour et, autant que possible, à ce qu'il soit épuisé dans la séance même.

M. Godon. — C'est juste.

M. Dubois appuie la proposition.

Les art. 10 et 23 sont adoptés.

M. Dubois. — A l'art. 11, sur lequel vous avez entendu tout à l'heure une observation juste de M. Lemerle, dès qu'on dit vice-président, ce lui-ci devient président au jour où le président en est empêché. Quel est le vice-président, demande-t-on, auquel sera dévolue la direction ? Eh bien, je crois que c'est au Conseil qu'il appartient d'établir la répartition des attributions

M. Bonnard. — Le premier poste mis en question a été celui de directeur-adjoint ; on a dit qu'en le supprimant on remettait les choses au point, puisque le secrétaire général est un véritable directeur-adjoint. Un vice-président n'a pas plus à faire qu'un simple membre du Conseil, excepté quand le président est absent; alors il préside *seulement* le Conseil. Si ce cas se présente, quel vice-président chargerez-vous de le suppléer ?

M. Roy. — Il importe de prévoir le cas de l'absence du président, car ce n'est pas au secrétaire général que doit revenir la direction. Pour éviter les crises, il faut décider à l'avance quel sera le vice-président chargé de remplacer le président-directeur.

M. Dubois. — Un président n'a pas besoin de connaître la paperasserie par le détail. Un vice-président est un président possible, éventuel, ou bien il n'est rien du tout ; il connaît le fonctionnement administratif dans ses grandes lignes.

M. Swaycarski. — On pourrait n'élire qu'un seul vice-président.

M. Roy. — Il est nécessaire d'en avoir deux, car s'il y en a qu'un seul, il se peut qu'il soit empêché en même temps que le président ; s'il y en a deux, au contraire, il est plus douteux que tous les trois soient empêchés en même temps. C'est d'ailleurs l'usage dans toutes les assemblées.

M. Godon. — Avec deux vice-présidents, cela permet de faire entrer dans le bureau un membre de plus.

M. Lemerle. — Le Conseil décidera lequel des deux vice-présidents devra remplacer dans ses fonctions le directeur.

M. Godon. — Nous pouvons considérer ce que vient de dire M. Lemerle comme un amendement. Je le mets aux voix.

L'amendement est adopté.

Art. 11. — Les vice-présidents ont tous les droits et prérogatives du président lorsqu'ils le remplacent. Ils exercent les fonctions de la présidence à tour de rôle.

Adopté.

M. Dubois. — L'art. 12 précise un peu mieux les fonctions du secrétaire général.

Le secrétaire général fait les convocations, il a la responsabilité des archives. Il exécute, sous l'autorité du président, les décisions de l'assemblée générale et du Conseil d'administration. Il contresigne toutes les pièces revêtues de la signature du président, tient les registres des procès-verbaux et des décisions de l'assemblée générale et du Conseil d'administration, fait les convocations et présente tous les ans au nom du Conseil des rapports aux assemblées générales.

Adopté.

M. Dubois. — Dans l'art. 13 nous avons remplacé le titre de *secrétaire des séances* par celui de *secrétaire-adjoint*. Nous avons retiré à ce fonction-

naire le droit de voir la correspondance, parce que nous avons pensé que c'était la fonction du secrétaire général.

Art. 13. — Le secrétaire-adjoint rédige les procès-verbaux des séances du Conseil d'administration et supplée le secrétaire général en cas d'empêchement.

M. Dubois. — Les art. 14, 15, 16, 17 et 18 concernant la trésorerie ont été proposés par le trésorier. Ils constituent un système très étudié et prévoient beaucoup de choses ; mais cela s'explique quand on songe que le trésorier a une grande responsabilité.

Art. 14. — Le trésorier a la surveillance de toute la comptabilité de la Société.

Il est chargé du recouvrement des cotisations, des souscriptions et des inscriptions des étudiants, et de l'acquittement des dépenses votées par l'assemblée générale ou le Conseil d'administration, etc.

Art. 15. — L'encaisse du trésorier devra être aussi réduite que possible. Les sommes encaissées seront portées en compte courant dans l'établissement de crédit de la Société les 1er et 15 de chaque mois au plus tard.

A part le règlement des menues dépenses, les paiements seront faits par chèque au crédit du compte en Banque et tous ceux qui dépassent la somme de 50 fr. devront être ordonnancés préalablement par le secrétaire général et le président du Conseil.

Les déboursés inférieurs à cette somme seront visés par l'économe.

Art. 16. — Le fonds de réserve, constitué ainsi qu'il est dit aux articles 9 et 10 des statuts, est déposé, au nom de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, dans l'établissement de crédit de la Société, et aucun extrait ne peut être fait sans l'autorisation spéciale du Conseil d'administration, revêtue de la signature du président, du secrétaire général et du trésorier.

Art. 17. — Le trésorier présente tous les ans à l'assemblée générale, au nom du Conseil, un état des comptes arrêtés au 30 septembre, ainsi que le bilan de la Société.

Art. 18. — Comme dans toute comptabilité régulière, la tenue des livres suivants est obligatoire :

1° Le journal	prescrits par la loi.
2° Le livre d'inventaire	
3° Le copie de lettres	
4° Le Grand livre	livres auxiliaires.
5° Le facturier	
6° Le carnet d'échéances pour les effets à recevoir.	
7° — — pour les effets à payer.	

Indépendamment de ces registres, le trésorier devra en faire tenir d'autres consignant les détails qui viendraient inutilement surcharger les livres de la comptabilité, tels que :

Un livre de petite caisse, de fournisseurs attitrés, de fournisseurs divers, de frais généraux (menues dépenses, etc.).

Afin d'assurer un contrôle facile, la tenue des comptes suivants est obligatoire et aucune modification ne peut y être faite sans l'assentiment du Conseil d'administration.

Capital. — Fonds de réserve. — Caisse. — Frais généraux. — Compte en banque. — Profits et pertes. — Débiteurs divers. — Inscriptions. — Souscriptions. — Cotisations. — Effets à recevoir. — Effets à payer.

Le trésorier aura la faculté de tenir d'autres comptes, pour la clarté des écritures, après approbation de la Commission des finances.

M. Lemerle. — Pourquoi arrêter les comptes fin septembre et non fin octobre, puisque l'année commence en novembre ?

M. d'Argent. — Le 30 septembre toutes les inscriptions sont réglées, les cotisations versées et les sommes reçues, puisque les élèves qui se présentent à un examen supplémentaire le font pendant ce mois. De plus, il y a beaucoup d'écritures à faire pour cet arrêté de comptes ; il vaut donc mieux liquider les écritures de l'année écoulée avant d'entreprendre celles de l'année qui commence, et le mois d'octobre est propice à cela.

Les art. 14 à 18 inclus sont mis aux voix et adoptés.

M. Dubois. — Nous exigeons dans l'art. 19 un inventaire estimatif du bibliothécaire avant la fin de l'année, pour le faire figurer dans l'avoir.

Nous avons supprimé le bibliothécaire-adjoint et le conservateur-adjoint du Musée, parce qu'ils étaient sans fonctions bien réelles.

Art. 19. — Le bibliothécaire est chargé du classement des ouvrages, journaux, brochures ou écrits appartenant à la Société, et en a la garde ; il est également chargé de l'achat des ouvrages nouveaux, après avis du Conseil, auquel il fait tous les ans, au 15 septembre, un rapport accompagné d'un inventaire estimatif.

Art. 20. — Le conservateur du Musée a la responsabilité de toutes les pièces anatomiques, tous les instruments et objets constituant le Musée ; il en fait le classement et en dresse un catalogue. Il remet au Conseil, tous les ans, le 15 septembre, un rapport accompagné d'un inventaire estimatif.

Adoptés.

M. Dubois. — Dans l'art. 21, nous avons supprimé la mention du jardin botanique, puisque celui-ci n'existe plus.

Art. 21. — L'économe est chargé des divers achats concernant l'École (*matériel, achat et entretien, chauffage, éclairage, fournitures de bureau, linge, instruments, etc.*). Il est également chargé de l'entretien de l'immeuble. Il est chargé aussi de la répartition des médicaments aux élèves ; il dresse tous les ans, après inventaire, le catalogue des meubles et objets appartenant à la Société et en fait un rapport au Conseil.

Adopté.

M. Dubois. — L'art. 23 disparaît puisque vous l'avez rattaché tout à l'heure à l'art. 10.

Nous avons jugé inutiles les art. 20 et 21 de l'ancien règlement.

Art. 24. — Le vote au scrutin secret a lieu lorsqu'il est demandé par un membre du Conseil. On emploie toujours le scrutin secret pour la nomination du Bureau, des commissions, des divers fonctionnaires et pour les admissions dans la Société.

Adopté.

M. Dubois. — Nous avons apporté peu de modifications au titre III. La dernière Assemblée générale avait décidé que les Assemblées générales auraient lieu le premier mardi d'octobre chaque année, nous proposons de les reporter au 1er mardi de décembre, pour ne pas nous trouver en pleine période de rentrée et de réorganisation. L'ancien art. 21 devient ainsi le nouvel art. 26.

Assemblée générale.

Art. 26. — Elle se réunit tous les ans, le premier mardi de décembre, dans le local de la Société, sur la convocation du Conseil d'Administration.

M. Lemerle. — Le mardi, nous avons des cours ; pourquoi pas le samedi où nous n'avons rien ?

M. Stévenin. — Le mardi est le jour consacré à l'Ecole et l'on s'en souvient mieux.

M. Godon. — Les locaux sont assez spacieux maintenant pour que la tenue d'une Assemblée générale ne gêne plus les cours.

M. Lemerle. — Je retire mon observation.

M. Vacher. — Je vous demande d'abandonner le premier mardi du mois, qui est le jour choisi par l'École dentaire de la rue de l'Abbaye pour ses réunions, afin de permettre à quelques-uns de ses membres de venir assister à vos séances. Ce sera un moyen d'augmenter l'influence de votre Société. C'est une proposition que j'ai déjà formulée et que je formulerai encore jusqu'à ce qu'elle soit adoptée.

M. Godon. — Il ne s'agit, en ce moment, que de l'Assemblée générale annuelle de la Société de l'École et non de la Société d'Odontologie.

M. Vacher. — Je propose qu'elle se réunisse le 1er samedi de décembre.

M. Dubois. — La commission maintient le premier mardi.

La proposition de M. Vacher est mise voix et repoussée.

M. Dubois. — Le premier mardi est consacré à la Société d'Odontologie ; mettez le 2e.

M. Godon. — Soit.

Le 2e mardi est adopté, l'article est également adopté.

M. Dubois. — Dans l'art. 27, nous avons réduit à 40 le nombre des membres nécessaires pour convoquer une Assemblée générale, à cause du grand nombre de membres habitant la province.

Art. 27. — L'Assemblée générale peut se réunir en session extraordinaire, soit sur la convocation du Conseil d'Administration, soit sur une demande adressée à cet effet au président du Conseil par quarante sociétaires au moins. Dans ce cas, le Conseil est tenu de convoquer l'Assemblée générale dans le délai d'un mois.

Art. 28. — Le scrutin secret a lieu pour le renouvellement du Conseil d'Administration et pour toute autre question, lorsqu'il est demandé par le quart des membres présents.

Adopté.

La suppression des anciens art. 29 et 31 est approuvée.

M. Godon. — Il est 10 heures 1/2. Conformément à votre décision, la discussion du titre V est remise après le vote.

Nous allons procéder à l'élection de 10 membres pour le renouvellement partiel du Conseil d'Administration, savoir, trois membres sortants : MM. Billebaut, Bonnard et Quincerot, sept membres désignés par voie de tirage au sort : MM. Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Legret, Loup et Löwenthal.

M. Claser. — C'est au Conseil de direction dont les pouvoirs expirent que nous devons les résultats satisfaisants que chacun de nous connaît ; il y a lieu d'en marquer notre gratitude et d'en perpétuer le souvenir. C'est pour cela que je formule la proposition suivante :

Art. 1er. — La Société civile de l'Ecole et du dispensaire de chirurgie dentaire, réunie dans son Assemblée générale le 4 décembre 1894,

Considérant les services rendus dans cette session par ses mandataires qui, par leurs démarches incessantes, ont fait de l'École une institution presque officielle ;

Leur votent de vives félicitations.

Art. 2. — Afin d'en perpétuer le souvenir, cette motion sera gravée sur une plaque de marbre à laquelle seront ajoutés les noms des membres composant le Conseil et qui sera placée à l'endroit le plus apparent de l'Ecole.

Art. 3. — Les frais que nécessitera cette installation seront portés aux frais généraux.

M. Godon. — Je crois être l'interprète du bureau et du Conseil en remerciant M. Claser de sa proposition ; mais je crois aussi parler en son nom en le priant de renoncer à la plaque de marbre qu'on pourrait remplacer par une inscription au procès-verbal.

La proposition de M. Claser, ainsi amendée, est mise aux voix et adoptée.

La séance est suspendue à 10 heures 35. Il est procédé au scrutin, qui est clos à 10 heures 50. La séance est reprise.

M. Dubois. — Au lieu d'adopter par article, nous pourrions, afin de gagner du temps, adopter par titre. Le titre V, avec notre nouvelle rédaction, présente plus d'ordre dans les travaux des commissions.

TITRE V

Organisation et fonctions des Commissions permanentes.

Art. 38. — Les Commissions se réunissent sur la convocation de leurs présidents respectifs, aussi souvent que l'exige le bien du service. Elles doivent informer le bureau de leurs réunions et lui donner communication de leurs travaux.

Art. 40. — La Commission scolaire étudie tout ce qui concerne les dossiers des élèves, admissibilité, équivalences, inscriptions, examens de fin d'année ; elle veille, à cet égard, à l'exécution des statuts et règlements de l'École, convoque les professeurs et les étudiants, établit les résultats des examens et en fait un rapport général au Conseil d'administration, qui statue en dernier ressort.

Art. 41. — La Commission des finances et de révision des comptes examine toutes les pièces constatant les dépenses effectuées. Elle établit la recette faite et la compare aux prévisions du budget. Elle vérifie toute la comptabilité du trésorier et, à la fin de l'année scolaire, lui en donne décharge au nom du Conseil. Conjointement, elle dresse un projet de bugdet qui, après avoir été voté par le Conseil d'administration, est présenté à l'Assemblée générale.

Art. 42. — La Commission des cérémonies est chargée de tout ce qui concerne l'organisation des solennités qui peuvent avoir lieu à la Société. Elle en fait un rapport au Conseil d'administration, après chaque opération, en y joignant un état détaillé des recettes et des dépenses.

Art. 43. — Le conseil de famille étudie les demandes d'adhésion à la Société et en fait un rapport au Conseil d'administration. Il examine les différends qui lui sont soumis par le Conseil, par des membres de la Société ou par des confrères et fait les enquêtes sur les plaintes pour infractions aux statuts, ainsi que pour les propositions de peines disciplinaires.

Art. 44. — La Commission des archives, composée de trois membres, est chargée de recueillir et de classer les documents appartenant à la Société. Elle tient un registre des décisions du Conseil et un état récapitulatif des pièces déposées aux archives.

M. Lemerle. — On explique le fonctionnement de toutes les Commissions, sauf de celle de l'enseignement.

M. Dubois. — Parce que l'ancien art. 41 est maintenu.

M. Lemerle. — Alors il y aura deux art. 41 ?

M. Dubois. — Nous changerons le numérotage.

Les art. 38 à 44 inclus sont adoptés.

M. Dubois. — Le titre VI étant plus important, on pourra le voter article par article. Il s'agit d'une proposition — la constitution d'un Conseil du corps enseignant — que nos difficultés nous avaient empêchés de réaliser.

TITRE VI

Ecole dentaire. Corps enseignant. Recrutement. Conseil du corps enseignant.

Art. 45. — Le Conseil du corps enseignant est constitué de tous les professeurs et professeurs suppléants, auxquels il est adjoint un représentant des chefs de clinique.

Le président de la Société et le secrétaire général en font partie de droit.

Le Conseil du corps enseignant se réunit régulièrement une fois par an pendant la période des vacances, et extraordinairement sur la convocation du bureau du Conseil.

M. Swaycarski voudrait qu'on y adjoignît les chefs de clinique.

M. Dubois. — Cela aurait quelques inconvénients. Ce Conseil est une sorte de Sénat, une assemblée de vétérans de l'Ecole, chargée de statuer sur des questions graves ; il ne serait pas de bonne administration que les chefs de clinique eussent à statuer, par exemple, sur les titres à la réinvestiture des professeurs. Par la représentation qui leur est assurée, leur intervention est garantie.

M. Swaycarski maintient sa proposition.

M. Vacher. — Je désirerais, dans le cas où l'on aurait à apprécier la conduite d'un chef de clinique, que quelques-uns de ceux-ci fussent appelés, afin qu'il fût jugé par ses pairs.

M. Dubois. — Il n'est pas admissible qu'on sacrifie facilement un chef de clinique. Nous réalisons du reste un progrès, car autrefois, les membres du corps enseignant n'étaient justiciables que du Conseil d'administration, tandis que dorénavant ils le seront aussi du Conseil du corps enseignant.

La proposition de M. Swaycarski est mise aux voix et repoussée.

M. Vacher retire son amendement.

L'art. 45 est adopté.

Art. 46. — Il nomme, chaque année, dans sa séance régulière, son bureau et une commission permanente.

Le bureau est composé : d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire. Le président du Conseil d'administration est président du Conseil du corps enseignant.

La commission permanente est composée du président du Conseil d'administration et de quatre membres nommés par les membres du Conseil du corps enseignant : deux choisis parmi les professeurs de l'enseignement scientifique et médical et deux parmi les professeurs de l'enseignement dentaire.

Elle se réunit sur convocation du président.

Adopté.

Art. 47. — Le Conseil formule des vœux sur les créations, modifications de cours, de programme ou de service. Il donne des avis consultatifs sur les propositions qui lui sont soumises par le Conseil d'administration. Toute infraction aux règlements, aux statuts de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie, de l'Association générale des Dentistes de France, toute proposition de réinvestiture, de peine disciplinaire grave, comme la mise en disponibilité ou la révocation d'un membre du corps enseignant, lui sont soumises au préalable.

Il en délibère et formule un avis motivé qui est soumis au Conseil d'administration par l'un de ses membres. Ce dernier statue en dernier ressort.

M. Dubois. — Ce Conseil du corps enseignant donne des avis consultatifs qui ont un très grand poids. S'il y avait désaccord entre les deux Conseils, celui d'administration ne passerait outre que si les motifs étaient très sérieux.

Au point de vue disciplinaire un membre du corps enseignant peut être jugé devant le Conseil de celui-ci pour les actes entachant l'honneur professionnel. Dans les statuts vous avez simplement l'interdiction d'une réclame peu en accord avec la dignité profession-

nelle, si l'Association a pris elle-même une mesure. Cette mesure est soumise au Conseil du corps enseignant qui donne un avis consultatif, sans prononcer de peine.

M. Lemerle. — On peut faire partie de l'Association sans faire partie de l'Ecole; je ne vois pas dès lors pourquoi les juges seraient pris dans l'Ecole.

M. Godon. — Il faut ajouter les mots *par un membre du corps enseignant de l'Ecole*, après les mots *Association générale des dentistes de France.*

M. Dubois. — C'est juste. Comme le corps enseignant n'a pas l'initiative de la plainte, si vous supprimiez cette mention, il pourrait arriver qu'un membre dît : « Mais je ne suis pas justiciable de la Société civile! » Nous voulons simplement dire que les actes blâmables tomberont sous le coup de cet article.

M. Sauvez. — Nous faisons un règlement sur l'École et la Société civile et non sur l'Association.

M. Bonnard. — Je ne crois pas qu'on puisse donner au conseil d'enseignement la connaissance des faits qui, après tout, ne regardent que l'Association et non l'Ecole.

Dans l'esprit de la Commission, le Conseil d'enseignement ne devait avoir à traiter que les infractions aux règlements qui régissent les cours, les modifications du programme, les peines disciplinaires à infliger aux membres du corps enseignant, etc.

Composé de professeurs et de professeurs suppléants à l'École, vous lui ferez admettre difficilement que son rôle soit de trancher ces différends ayant pris naissance ailleurs, au sein même de l'Association générale des dentistes de France, c'est-à-dire en dehors de l'Ecole. Je suis partisan de la suppression des mots *Association générale des dentistes de France.*

L'art. 47 est mis aux voix et adopté.

M. Dubois donne lecture de l'art. 48. — Pour faire partie du corps enseignant de l'Ecole (sauf pour les cours accessoires), on doit être admis à la pratique légale; les postes, à partir du chef de clinique inclusivement, s'obtiennent au concours.

Il ajoute : « Nous imposons le concours et nous demandons, en outre, que ceux qui viendront enseigner la pratique soient pourvus du côté de la loi. »

L'art. 48 est adopté.

M. Dubois lit l'art. 49. — Le programme et les conditions des concours devront être soumis à l'approbation du Conseil d'administration et publiés au moins un mois d'avance dans le journal officiel de l'Ecole.

M. Touvet-Fanton voudrait un délai de deux mois, parce que l'Administration sait bien 2 mois à l'avance qu'il y aura un concours.

M. Dubois. — Vous pouvez être en présence de besoins urgents. Si vous avez une séance du Conseil deux ou trois jours après que le journal a paru, cela vous impose 3 mois, et c'est beaucoup!

M. Touvet-Fanton. — Alors on pourrait afficher au tableau d'ordre. Ajoutez donc à l'art. ces mots *et affichés à l'Ecole aussitôt la décision du Conseil.*

L'amendement est adopté ; l'art. 49 l'est également.

M. Dubois. — Art. 50. — Les jurys d'examen sont désignés par le tirage au sort et composés de trois professeurs du corps enseignant de l'Ecole, d'un membre du Conseil d'administration et du président-directeur de l'Ecole, qui les préside.

Le secrétaire général reçoit les demandes des candidats et constitue pour chacun d'eux un dossier contenant les pièces exigées par les règlements.

Il les soumet au bureau et, dès l'ouverture du concours, remet ces dossiers au jury avec un état récapitulatif relatant si les candidats se trouvent dans les conditions requises par les règlements.

Si l'on n'y fait pas d'objection, nous pourrions mettre *ou professeurs suppléants*.

M. Godon. — Au lieu *d'examen* mettez *de concours*, car c'est un concours.

M. Roy. — Il faut spécifier que les professeurs suppléants ne seront juges que dans les concours de chefs de clinique.

M. Dubois. — Mais le jury ne peut être composé exclusivement de professeurs suppléants !

M. Touvet-Fanton trouve que le concours de chefs de clinique est assez sérieux pour qu'il soit examiné par des professeurs.

M. Dubois. — Nous ne voulons pas un jury composé uniquement de professeurs suppléants, et nous ne voulons pas non plus qu'ils y aient la majorité.

M. Touchard. — Pourquoi mettre les professeurs suppléants en suspicion ?

M. Touvet-Fanton. — Mais nous ne les mettons pas en suspicion.

M. Touchard. — Dans les Facultés de médecine les jurys sont exclusivement composés de professeurs agrégés qui sont chez nous les professeurs suppléants. Je me rallie à la première proposition de M. Dubois.

M. Roy. — Il devrait y avoir au moins un professeur titulaire dans le jury.

M. Dubois. — Nous avons mis qu'ils doivent être en majorité.

M. Roy. — Alors vous en aurez 2 sur 3.

M. Dubois. — Le jury ne comprend pas 3 membres, mais 5, dont 2 professeurs suppléants. Dès qu'il s'agit de concours les professeurs doivent avoir une part prépondérante.

M. Touchard. — Vous avez 2 membres de droit.

M. Dubois demande le maintien des mots *en majorité*.

M. Joseph Mendel demande que le jury soit composé uniquement de professeurs titulaires.

M. Bonnard, qu'il comprenne au moins un professeur titulaire.

Adopté.

M. Dubois. — Art. 51. — Les professeurs et les professeurs suppléants devront être âgés de 25 ans au moins.

Adopté.

M. Dubois. — Art. 52. — Tout candidat au poste de professeur ou professeur suppléant, s'il est dentiste, devra avoir obtenu le diplôme de chirurgien-dentiste, celui d'une Ecole dentaire depuis cinq ans au moins ; s'il est diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, il devra avoir occupé assidûment pendant trois années le poste de chef de clinique.

Cet article a pour but de faire passer les candidats par une hiérarchie et d'empêcher que même un candidat brillant ne puisse arriver tout de suite au grade supérieur.

M. Roy. — L'art. 48 impose d'être admis à la pratique légale ; c'est la bonne rédaction, tandis que l'art. 52 impose d'être chirurgien-dentiste.

M. Dubois. — Il faut ajouter le mot ou avant celui d'une école dentaire.

M. Touvet-Fanton. — Cet article donne une infériorité aux diplômés de l'Ecole.

M. Sauvez propose la rédaction suivante : « *Devra avoir droit à la pratique légale ou obtenu le diplôme d'une école dentaire.* »

M. Roy. — Mais ceux qui exercent en vertu des dispositions transitoires ont la pratique légale !

M. Sauvez. — Il faut être libéral.

M. Dubois. — Un candidat au poste de professeur ou de professeur suppléant qui n'aura ni le diplôme médical ni celui de chirurgien-dentiste serait bien téméraire de se présenter contre des concurrents ayant l'un de ces titres. Nous ne devons pas le repousser *a priori*.

L'art. 52, modifié, est adopté.

M. Dubois. — Art. 54. — Les candidats aux postes de professeurs, professeurs suppléants de clinique et de dentisterie opératoire et les chefs de clinique devront :

1° Jouir de leurs droits civils et politiques dans leur pays d'origine ;

2° N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une École dentaire ou établissement similaire ;

3° Faire partie de la Société civile de l'École dentaire de Paris ;

4° Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération de leurs titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours.

Nous avons été divisés par parts égales dans la commission sur cet article ; aussi le Conseil a-t-il décidé à la majorité de le subdiviser. Quelques membres ont demandé la substitution des mots *en France* aux mots *dans leur pays d'origine*.

M. Godon. — On me remet à l'instant la feuille de dépouillement des votes. Voici le résultat du scrutin.

Nombre des votants : 53

Majorité absolue : 27

	Ont obtenu :		MM. Ronnet	6
1	MM. Legret	48 voix	Martial-Lagrange	5
2	Lemerle	48	Quincerot	4
3	Dubois	44	Meng	3
4	Godon	42	Prével	2
5	F. Jean	39	Billebaut	2
6	Roy	38	Mendel Joseph	1
7	Bonnard	33	Vacher	1
8	Löwenthal	32	Papot	1
9	Loup	31	Viau	1
	Prest	24	Touchard	1
	Stévenin	24	Denis	1
	Gillard	20	Heïdé	1
	Billet	19	Poinsot	1
	Claser	9	Dugit	1
	Touvet-Fanton	9	Rollin	1
	Tusseau	7	Gravollet	1

En conséquence de ces votes, MM. Legret, Lemerle, Dubois, Godon, Francis Jean, Roy, Bonnard, Lowenthal et Loup sont élus membres du Conseil d'administration pour 2 ans.

Il y a lieu de procéder à un 2e tour de scrutin pour l'élection du 10e membre ; il y a ballottage entre MM. Prest et Stévenin.

Le scrutin est ouvert.

Il est procédé au vote.

Le dépouillement a lieu dans une autre salle. La séance continue.

M. Bonnard. — J'ai l'honneur de me faire l'interprète d'une pétition demandant la revision des conditions d'admission dans le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris en ce qui concerne la nationalité. Elle a été déposée sur le bureau du Conseil, il y a un an, mais quoique mise à l'ordre du jour de l'assemblée générale d'alors elle n'a pu être

discutée. Elle est revêtue de 53 signatures de membres de la Société civile et de l'Association générale des dentistes de France. Je vous demande la permission de la lire pour vous en rappeler l'exposé des motifs.

PÉTITION

A Monsieur le Président du Conseil de Direction de l'École et Dispensaire dentaires de Paris.

Les soussignés, *Membres de la Société civile de l'École et Dispensaire Dentaires de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France*, ont l'honneur de vous demander la révision des § 1er, art. 49, et § 3, art. 52 du Règlement intérieur de l'Ecole et Dispensaire Dentaires de Paris concernant l'admission des étrangers dans le corps enseignant de cette Ecole.

Ils considèrent que ces articles mis en vigueur par l'assemblée générale du 27 décembre 1892 sont de nature à porter un préjudice considérable aux dentistes français, soit en favorisant l'établissement des étrangers en France en leur donnant des titres qui les accréditent auprès du public, soit en laissant croire que l'Ecole a dû recourir à eux pour recruter le personnel de son corps enseignant.

Ce second cas serait la négation du savoir professionnel des D. E. D. P. français. Le premier serait contraire à l'idée qui a présidé à la fondation de l'École.

Ils croient devoir ajouter que les pays étrangers paraissent être meilleurs gardiens de leurs droits, car à Saint-Pétersbourg, à Berlin et à Vienne les Français ne sont point admis dans le corps enseignant des Facultés. Depuis 1881, les efforts des Dentistes français, seuls à fonder l'Ecole dentaire en créant un enseignement spécial, ont entravé l'établissement des confrères étrangers en France.

Déjà en 1883, M. le professeur Verneuil s'exprimait ainsi :

. . . .

Vous tentez de vous affranchir de cette importation étrangère, vous comblez une lacune. Un jour, j'espère que, grâce à vous, l'Ecole dentaire fera aussi de l'exportation et ce sera pour moi une bien grande joie, lorsque, me trouvant à l'étranger, je verrai sur une plaque (ça se fait, il n'y a rien là de déshonorant) X... dentiste français, puis au-dessous ces quatres lettres suivantes D. E. D. P.

Séance de réouverture des Cours.

Enfin, en 1884, Paul Bert disait textuellement :

. . . .

Enfin, sans rien grossir, je dirai qu'au point de vue patriotique je suis heureux de constater vos succès, de vous voir former des dentistes français qui endigueront l'invasion des étrangers. Je ne veux pas dire du mal de ces habiles praticiens, tant s'en faut, je ne leur en veux pas, mais enfin, j'ai peine à voir cette nuée d'Américains s'implanter chez nous.

. . . .

Avant qu'il soit longtemps, les conditions seront changées. Le jour où ils verront que les places sont prises, les étrangers ne seront plus attirés par elles et, au lieu de subir l'*importation*, à notre tour nous ferons de l'*exportation.*

(*Séance de réouverture des Cours.*)

C'était donc autant pour élever le savoir professionnel des dentistes français que pour les aider à se défendre contre l'invasion des étrangers que l'Ecole a été fondée.

En conséquence, les soussignés ont l'honneur de vous demander le rétablissement en leur forme première, en ce qui concerne la nationalité, des conditions d'admission dans le Corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, telles qu'elles existaient avant l'Assemblée générale du 27 décembre 1892, savoir :

Etre Français et jouir de leurs droits civils et politiques;

N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

Il faut remonter à l'origine de cette Ecole et considérer les motifs qui l'ont fait fonder. Il faut se rappeler que les dentistes étrangers d'alors avaient, pour la plupart, la préférence du public et qu'à tort ou à raison, les dentistes français paraissaient inférieurs à leurs confrères étrangers. Que fallait-il pour que les dentistes français reprissent leur suprématie ? Un champ d'expériences, d'études, où toutes les activités pussent être utilisées.

C'est dans cet ordre d'idées que l'Ecole fut fondée. J'estime que le jour où nos confrères français se sont unis pour relever le niveau scientifique de la profession, ils ont eu pour but aussi d'arrêter l'invasion des dentistes étrangers. Cela est constaté dans tous les discours qui ont été prononcés aux séances de réouverture de cours et que vous avez tous applaudis. Est-ce donc alors continuer l'œuvre que de donner place aux étrangers dans le corps enseignant de notre Ecole qui a été fondée avec les deniers des membres de l'Association générale des dentistes de France, deniers bien français ceux-là? Croyez-vous que les admettre encore aujourd'hui, après 14 ans de fondation, ne puisse pas être considéré comme un démenti donné aux présidents de réouverture de cours de 1883 et 1884?

S'il est vrai que, parmi les souscripteurs de la première heure, il s'en soit trouvé quelques-uns ayant offert leurs services, ils furent peu nombreux en tout cas, quatre ou cinq au plus. Et l'Ecole, à cette époque, ne devait-elle pas accepter tout le monde pour s'assurer la réussite?

Ce fut là son excuse. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que si l'idée d'une Ecole réunit alors un si grand nombre d'adhésions, c'est parce qu'elle permettait la réalisation du désir des dentistes français consistant à arrêter, à lutter contre l'invasion étrangère, qu'ils venaient de reconnaître grosse de menaces pour l'avenir. Comment auraient-ils senti le besoin de réagir s'ils n'avaient été gênés par cette confiance aveugle que le public accordait à ces dentistes étrangers plus ou moins chargés de titres? Comment auraient-ils resaisi cette confiance qui menaçait de leur échapper, s'ils n'avaient surélevé encore leur savoir professionnel?

Et peut-on se figurer un seul instant qu'en fondant cette Ecole, ils aient pu penser que les étrangers pouvaient y avoir les mêmes droits que nos nationaux alors que, par contre-coup, ils espéraient entraver leur établissement en France ?

Ce résultat fut obtenu en partie pendant les quatre ou cinq premières années. Aujourd'hui les choses se représentent comme il y a 14 ans.

Si le corps enseignant a le droit de s'enorgueillir de la quantité relativement grande d'étrangers qui viennent ici suivre l'enseignement de l'art dentaire, pensant que, leur diplôme en poche, ils porteront le bon renom de notre institution dans leur pays d'origine, on doit être bien désillusionné lorsqu'on s'aperçoit *que si beaucoup viennent, peu s'en retournent*. Trouvant la large hospitalité française favorable à leur développement, ils s'y installent. Rien ne les en empêche.

Avant 1881 les dentistes étrangers s'implantaient chez nous à l'aide

de diplômes que des facultés étrangères délivraient trop facilement. Aujourd'hui les mêmes faits se reproduisent, avec cette différence que c'est à l'abri du diplôme de l'Ecole dentaire de Paris et avec le secret espoir d'obtenir, grâce à la bienveillance du Conseil de direction, un poste de démonstrateur ou de préparateur de cours. En possession de ce poste, du titre qu'il confère, ne sont-ils pas bien désignés au choix du public ?

L'ordre des facteurs est interverti, mais le produit est le même.

C'est cela que je vous demande de supprimer à l'avenir.

Ce sont ces titres d'enseignement que je vous demande de réserver seulement à nos nationaux. Laissons les étrangers se débattre avec les difficultés de la nouvelle situation qu'ils ont choisie. Puisqu'ils ont délaissé leur pays natal pour le nôtre, que ce soit avec leurs propres moyens qu'ils échafaudent leur position, mais ne les y aidons pas, refusons-leur l'entrée dans le corps enseignant comme ils refusent les charges envers notre pays.

Cela ne portera aucun préjudice à notre enseignement, car ils sont pour la plupart incapables de s'exprimer dans notre langue et de plus nous avons assez de Français pour suppléer aux vacances qui pourraient se produire.

Pour assurer à notre Ecole le maximum odontologique, je vous soumettrai tout à l'heure un amendement qui permettra au Conseil de direction de charger un professeur d'une école étrangère de faire ici, à titre provisoire, une série de conférences ou démonstrations.

Ainsi tombera d'elle-même l'objection qui m'a été faite de fermer la porte aux connaissances pratiques du dehors. Je suis partisan, avec tant d'autres, d'assurer à notre enseignement tout ce qui peut lui être utile, mais j'estime que nous ne devons accorder la consécration que donne un titre d'enseignement qu'à nos compatriotes et non à ceux qui se préparent à les battre en brèche.

Vous voterez cette proposition parce que vous avez charge d'âmes, parce que vous avez à soutenir les intérêts des dentistes français contre l'importation étrangère, parce que vous ne voulez pas qu'on dise plus tard que, si l'Ecole a perfectionné son enseignement, c'est parce qu'elle avait des étrangers dans son sein.

M. Godon. — Voici le résultat du 2e scrutin :

Nombre des votants : 35.

Ont obtenu : MM. Prest.................. 23 voix.
Stévenin............... 11 —
Ronnet................ 1 —

En conséquence M. Prest est élu membre du Conseil d'administration.

M. Dubois. — D'après ce que vient de dire M. Bonnard, il semblerait que nous sommes en présence d'une invasion. Il s'agit de savoir si nous allons vraiment être envahis et s'il est nécessaire d'ajouter à notre règlement la mention de M. Bonnard pour sauvegarder la place des Français ici. Or, parmi les professeurs suppléants, il n'y a pas un étranger ; parmi les chefs de clinique, il n'y en a pas non plus ; parmi les professeurs, on en compte deux seulement et l'un est un de nos fondateurs : M. Blocman et M. Heidé, qui fait partie du corps enseignant depuis 10 ans ; parmi les démonstrateurs, 4 étrangers. Depuis 13 ans il n'y a pas eu de professeurs, de professeurs suppléants, de chefs de clinique étrangers de nommés ; donc votre Conseil a sauvegardé les intérêts signalés par M. Bonnard. Si nous nous trouvions en présence de menaces d'envahissement, je serais d'avis d'ajouter quelque chose à l'article de notre règlement. Mais, dans la situation actuelle, il y a avantage, en se plaçant au point de vue des intérêts de l'Ecole et de l'ensei-

gnement, à laisser au Conseil de direction la faculté d'accepter le concours des étrangers qui seraient pour nous un apport de forces. La loi de 1892 ayant établi des difficultés à l'établissement des étrangers en France, vous ne pourrez avoir comme chef de clinique que quelqu'un connaissant à fond notre langue. J'estime que vous êtes en présence d'un péril imaginaire.

M. Roy. — M. Bonnard invoque l'idée qui a présidé à la fondation de l'Ecole. Mais précisément au début on a fait appel aux étrangers pour cette fondation et il serait injuste aujourd'hui d'oublier les services qu'ils nous ont rendus. J'estime, d'autre part, que c'est un grand avantage pour les institutions libres de pouvoir prendre leurs professeurs où il leur plaît. C'est ainsi que j'applaudis une Faculté de Belgique de faire appel au savoir d'Elisée Reclus.

M. Touvet-Fanton. — Ces cas sont relativement rares.

M. Dubois. — En 1852 M. Challemel-Lacour a trouvé une chaire dans une université suisse !

M. Touvet-Fanton. — Les étrangers nous mettent à l'écart, et il serait de bonne politique d'en faire autant ; nous en trouvons des exemples en haut lieu. Que nous disait donc M. Labbé à la séance d'inauguration ? De nous représenter en tant que Français et d'écarter les autres. Or, d'après l'article voté tout à l'heure, nous autres diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, nous y sommes moins bien traités qu'eux.

M. Bonnard. — Au moment où vous votez un règlement minutieux, il est impossible de laisser passer une disposition de cette importance, parce que vous ne pouvez pas prévoir ce qui peut arriver. Nous ne sommes pas comparables aux Facultés catholiques qui ont intérêt à conserver à leurs anciens élèves l'impulsion, la direction intellectuelle qu'elles leur ont données. Nous émanons, en tant qu'institution, d'un groupement qui ne s'est formé justement que pour réagir contre ces étrangers. Pour ceux qui sont déjà en possession de titre, le projet ne peut les atteindre, il n'est présenté que pour l'avenir. Je suis trop partisan de la non rétroactivité des règlements pour qu'il en soit autrement.

M. Joseph. — La présence d'un élément étranger augmente la difficulté du concours ; celui-ci est d'ailleurs plus difficile pour les étrangers que pour les Français.

M. Bonnard. — Je répondrai à M. Joseph que pour avoir des droits en France les étrangers doivent être naturalisés.

M. Godon. — Nous comptons 6 membres étrangers sur 65 dans le corps enseignant !

M. Bonnard. — Oui, mais il n'y a pas de poste vacant. Attendez que cela se produise et vous verrez l'encombrement.

M. Roy. — Nous avons charge d'âmes, a dit M. Bonnard ; oui, mais nous avons aussi charge de nos élèves qui viennent nous demander un bon enseignement.

M. Sauvez. — En cette matière, il faut laisser de côté le chauvinisme, et se demander simplement si les étrangers sont capables ou s'ils sont incapables ; dans le premier cas, il y a avantage à les recevoir, dans le second à les écarter. Maintenant si la question vous passionne à ce point, comme l'heure est très avancée, ajournons-la à une autre assemblée générale, pour la discuter à fond.

M. Dubois. — Nous avons compris l'union avec tous les dentistes exerçant en France. Puisque la loi a créé des impossibilités telles que peu d'étrangers pourront s'établir en France, je ne crois pas que vous puissiez dire qu'ils ne doivent pas enseigner chez nous s'ils ont les qualités requises.

La clôture de la discussion est demandée, mise aux voix et prononcée.

M. Bonnard donne de nouveau lecture de son amendement à l'art. 54, savoir :

Etre Français et jouir de ses droits civils et politiques en France.

Art. additionnel : *Le Conseil de direction, après avis de la commission de l'enseignement, pourra charger à titre provisoire un professeur d'une Ecole étrangère, d'une série de conférences ou de démonstrations.*

En aucun cas celui-ci ne pourra prendre le titre de professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Il prendra seulement celui de chargé de cours pendant la durée de son enseignement.

La proposition est mise aux voix en deux parties. La première : *Etre Français, etc.*, est repoussée.

M. Bonnard retire la seconde qui n'avait de raison d'être que si la première avait été adoptée.

L'art. 54 est adopté.

M. Dubois. — L'art. 55 a été voté en Conseil ; mais, comme il n'est pas bien coordonné, je vous en demande la suppression.

La suppression de l'art. 55 est adopté.

M. Dubois. — Art. 56. — Les démonstrateurs et les préparateurs des cours devront :

1° Avoir obtenu depuis deux ans au moins le diplôme d'une Ecole dentaire ;

2° Jouir de leurs droits civils et politiques dans leur pays d'origine ;

3° N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire ;

4° Faire acte de candidature chaque année, du 1er août au 30 sept.

Ancien art. 53. — Supprimé.

Art. 57. — Les professeurs titulaires doivent être à la disposition de l'Ecole pour une durée de cinq années ; les professeurs suppléants, cinq ans ; les chefs de clinique, trois ans ; les démonstrateurs, deux ans ; les préparateurs de cours, deux ans.

Leur temps de service accompli, ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions après réinvestiture, approuvée par le Conseil du corps enseignant et une décision du Conseil d'administration pour une autre période.

Ancien art. 58. — Supprimé.

Adoptés.

M. Dubois. — Nous avons fait une addition à l'ancien art. 63.

M. Godon. — Et nous avons supprimé le mot *radié*.

La nouvelle rédaction de l'art. 63 est adoptée.

L'ancien article est supprimé.

M. Dubois donne lecture du

TITRE VI

Dispensaire de la Société.

Art. 75. — Le dispensaire dentaire de la Société est ouvert tous les matins aux malades pauvres souffrant d'affections de la bouche et des dents.

Art. 76. — Toutes les opérations sont gratuites, sauf pour les aurifications où il est prélevé une indemnité pour une partie de l'or employé.

Adoptés.

L'ensemble est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à minuit et demi.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président*.

MM. Legret, *vice-président*.
Papot, *vice-président*.

M. Dr M. Roy, *secrétaire général*.

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Billet.
Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Rollin.
Viau, ✪.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✪.

M. Poinsot ✪.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✪.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✵, ✪.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France, et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ◯, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, ◯. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ❊ ◯.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, ◯, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ◯, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ◯, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ◯, Dr en médecine.
P. Poinsot, ◯, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ◯, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ◯, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ◯, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT .... }
BIOUX (L.) .... } D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.
LEGRET .... }
LOUP .... }
MARTIAL-LAGRANGE ◯. }

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL .... } D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris
PREST (Ed.) .... }
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD .... }
BILLEBAUT .... }
CHOQUET (fils) .... }
D'ALMEN .... }
DE CROES .... }
DELAUNAY .... } D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
DE LEMOS .... }
DENIS (Em.) .... }
DUVOISIN .... }
HOUBRIET .... }
JACOWSKI .... }
JEAY .... }

LEGROS .... }
MARTIN .... }
PAULME .... } D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
STEVENIN .... }
BILLET .... }

FANTON-TOUVET (Ed.). }
FRESNEL .... }
MEUNIER .... }
HIRSCHBERG .... } D. E. D. P.
JOSEF .... }
MOUTON (F.) .... }

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

---

1. Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

15e ANNÉE. MARS 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. N° 3

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

IMPORTANCE DU TRAVAIL MÉCANIQUE DANS LA DIGESTION

Par M. le Dr A. Mora

Le sujet que nous nous proposons de traiter aujourd'hui : « *Le travail mécanique dans la digestion* », n'est qu'une partie, un petit côté d'une question beaucoup plus importante et plus générale : « *La nutrition* », mais il en est la première partie.

La nutrition comporte toute une série d'actes physiologiques, volontaires ou inconscients, tenant à la fois de la mécanique et de la chimie biologiques ; elle consiste à ingérer des aliments, à les amener à un état de division, de dissolution où ils soient susceptibles de subir un travail chimique qui s'effectue dans tout le tube digestif, puis à compléter ce premier travail de transformation par un travail intra-organique d'assimilation cellulaire sur lequel nous sommes très insuffisamment renseignés.

On ne peut donc parler utilement et avec un peu de certitude que des deux premiers stades de la nutrition, c'est-à-dire des phénomènes d'ordre physico-mécaniques et des phénomènes d'ordre chimique. Nous nous proposons surtout ici de démontrer l'importance du travail mécanique dans le processus de la digestion ; mais, pour bien saisir toute cette importance, pour s'en rendre un compte exact, il est nécessaire d'avoir des notions suffisantes sur les phénomènes chimiques concomitants, de connaître les agents qui y prennent part et, en particulier, les principaux ferments transformateurs sécrétés par les glandes situées dans l'épaisseur des parois ou dans le voisinage du tube digestif. Car ici les deux fonctions chimique et mécanique sont corrélatives, complémentaires, et les variations de l'une entraînent, en sens inverse, les variations de l'autre. Dans chaque région du tube, la digestion doit atteindre un certain degré d'élaboration ; si donc le travail mécanique est mal

fait, insuffisant, il devra être complété par un travail chimique excessif, soit dans la région même, soit dans la région suivante ; et comme le chimisme n'est pas soumis à notre volonté, il ne dépendra pas de nous de suppléer à l'insuffisance de la préparation mécanique. Si, au contraire, le chimisme est, pour une cause ou une autre, altéré en puissance ou en qualité, nous pourrons dépenser davantage comme travail mécanique afin de préparer, aussi bien qu'il est possible, les matériaux destinés à subir les transformations chimiques. De toute façon, il y a pour l'individu utilité, nécessité absolue d'avoir à sa disposition des outils, des organes digestifs auxquels il devra faire rendre tout le travail possible; ces outils devront donc être entretenus dans un parfait état de fonctionnement.

On peut décomposer en trois parties principales l'appareil digestif, et à chacune de ces régions correspond un ferment spécial destiné à agir plus particulièrement sur certaines catégories d'aliments. L'activité, la puissance transformatrice de ces ferments paraît être en raison inverse de l'activité mécanique de la région où ils exercent leur action.

Dans la bouche intervient la salive, dont le ferment est la ptyaline.

Dans l'estomac, c'est le suc gastrique, ayant pour agent chimique l'acide chlorhydrique, et pour ferment principal, la pepsine.

Dans l'intestin et surtout dans cette partie qui fait suite à l'estomac, dans le duodénum, vient se déverser le suc pancréatique, dont le ferment actif est la pancréatine, sorte de ferment triple.

D'autre part, les aliments divers peuvent être rangés en trois grandes classes : 1° les féculents et amylacés ; 2° les azotés ou albumineux ; 3° les graisses.

La salive et son ferment la ptyaline agissent sur les amylacés qu'elles transforment en glucose.

Le suc gastrique et la pepsine agissent sur les amylacés et principalement sur les matières azotées ou albumineuses, après une sorte de porphyrisation.

Le suc pancréatique et la pancréatine exercent leur action à la fois sur les amylacés, les albuminoïdes et les matières grasses.

On voit que le travail, les transformations chimiques augmentent d'importance et de complexité à mesure qu'on s'avance dans le tube digestif et que les modifications commencées dès la bouche, continuées et accrues dans l'estomac, sont parachevées et complétées dans les parties successives de l'intestin. A vrai dire, nous ne possédons pas encore sur le travail chimique intestinal de connaissances suffisantes; mais on comprend très bien que ces transformations si complexes, si délicates ne puissent s'effectuer facilement, c'est-à-dire avantageusement, que sur des substances suffisamment divisées, triturées, diluées pour que la moindre parcelle, le moindre atome entre en contact intime avec le ferment biologique qui doit l'investir et le transformer en matière assimilable.

Il est évident, d'autre part, que la somme du travail mécanique et du travail chimique doit être à peu près équivalente dans toute

l'étendue du tube digestif, de façon qu'un organe en particulier ne soit pas chargé d'une fonction excessive; on pourrait donc représenter d'une manière suffisamment approximative le travail de la digestion au moyen de la figure suivante, qui a l'avantage de faire voir la corrélation et la solidarité des deux fonctions mécanique et chimique.

Dans ce schéma la courbe sépare le travail mécanique, à droite, du travail chimique, à gauche; la grandeur des surfaces représente approximativement la quantité de travail correspondant à chaque région. Nous n'avons pas pu tenir compte ici du temps de séjour des aliments dans les diverses régions.

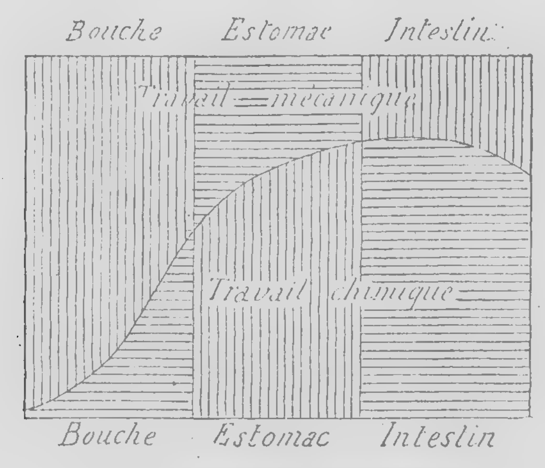


Fig. 1. — Schéma de la digestion.

Nous n'avons pas l'intention d'insister davantage sur les phénomènes d'ordre chimique indiqués plus haut et nous étudierons les conditions du travail mécanique en commençant par la région où il est le moins prononcé, c'est-à-dire dans la région intestinale.

Il est un principe d'expérience et de raison : c'est que les outils destinés à un travail mécanique quelconque doivent être appropriés aussi bien qu'il est possible au but poursuivi et que, en particulier, leur puissance, leur solidité, leur résistance doivent être proportionnelles non seulement à la quantité du travail à produire, mais aussi à la grandeur de l'effort qui peut leur être demandé à certains moments. Ce principe, nous le trouvons partout appliqué dans la machine humaine.

Que voyons-nous dans la constitution mécanique des intestins? L'intestin est un long tube sinueux, contourné sur lui-même, à parois minces dans la plus grande partie de son parcours, dans ce qu'on appelle si à propos « l'*intestin grêle* »; il est formé de plusieurs tuniques superposées les unes aux autres. La seule qui nous intéresse ici est la *musculeuse*, formée, elle, de deux couches de fibres, les unes circulaires, les autres longitudinales; les fibres cir-

culaires, en se contractant, de distance en distance, déterminent des rétrécissements alternatifs et les fibres longitudinales, en se contractant à leur tour, font avancer ces rétrécissements alternants, d'un bout à l'autre de l'intestin, comme une suite d'ondulations. On aura une idée assez juste de la propagation de ces mouvements péristaltiques en imprimant à une ficelle reposant à terre une série de secousses rythmées qui engendreront des ondulations et donneront l'impression illusoire que la ficelle progresse en avant.

Nous pouvons d'ailleurs facilement représenter l'alternance et la progression des rétrécissements de la manière suivante :

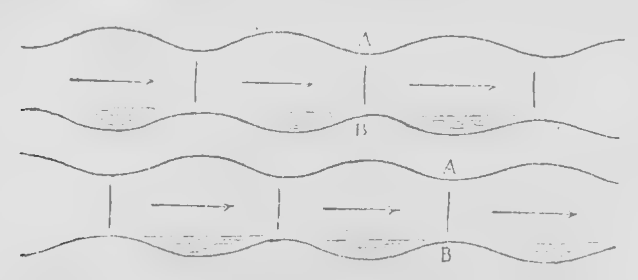


Fig. 2. — Schéma des mouvements du tube digestif.

Il en résulte que le liquide intestinal réuni dans l'évasement limité par deux rétrécissements consécutifs avance continuellement en même temps que l'onde de coarctation AB.

La couche musculeuse de l'intestin, étant de très faible épaisseur, n'a évidemment qu'une puissance mécanique très limitée et ne peut transporter que des liquides ou des matières semi-fluides. Aussi, normalement, ne trouve-t-on jamais dans l'intestin grêle de matières demi-solides, sauf dans sa dernière partie et surtout dans le gros intestin, dont la puissance musculaire est beaucoup plus forte ; cependant, il arrive souvent que le gros intestin ne peut de lui-même faire progresser les matières vers leur orifice de sortie et, dès lors, il y a stase.

Si l'on vient aider le travail mécanique de l'intestin par des pressions locales appropriées, par un massage abdominal bien fait suivant le trajet naturel, ou encore par les contractions rythmiques des muscles abdominaux, on constate que les matières arrêtées reprennent leur cours.

Témoin cette communication faite tout dernièrement à l'Académie de Médecine par un de nos confrères : il s'agit d'une chanteuse de café-concert qui, pour les besoins de son répertoire, fut amenée à se livrer à cette gymnastique spéciale de l'abdomen appelée « la danse du ventre » ; dès les premiers exercices elle vit disparaître une constipation opiniâtre datant de plusieurs années et le jeu intestinal se maintint ensuite dans son état normal.

Dans l'estomac, le travail mécanique est plus considérable que dans l'intestin ; depuis quelques années surtout, on attache une im-

portance de plus en plus grande aux mouvements de l'estomac ou plutôt à sa motricité.

L'estomac est une sorte de poche, d'ampoule du tube digestif, limitée à ses deux extrémités par deux rétrécissements ou sphincters : le cardia et le pylore ; cette poche a ses agents propres de motilité autonome, représentés par des ganglions nerveux siégeant dans l'épaisseur de ses parois, principalement au voisinage des orifices cardiaque et pylorique. Quant à l'élément mécanique moteur, il est représenté par une tunique charnue, assez faible, à contractions plus rares que celles de l'intestin grêle, douces et lentes ; cette tunique musculaire est formée de fibres circulaires et, c'est là son caractère particulier, d'une couche partielle assez épaisse de fibres longitudinales formant cravate : cette cravate, dite de Suisse, est une sorte de fer à cheval, capable de se resserrer et appliquée sur l'estomac depuis le sphincter cardiaque jusque dans le voisinage du sphincter pylorique.

En se contractant, elle sépare l'estomac en deux parties : dans l'inférieure, ou grande courbure, viennent séjourner les aliments solides pour y subir des transformations chimiques spéciales, tandis que les liquides passent dans la partie supérieure, formant canal au-dessus des aliments solides.

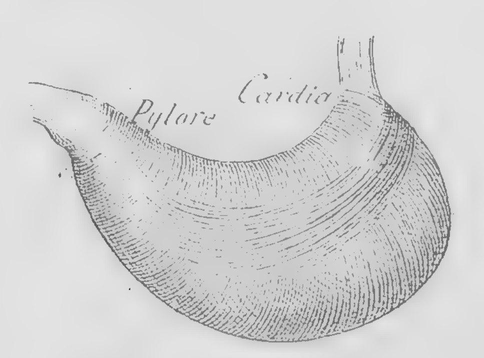


Fig. 3. — Poche stomacale.

Tant que l'estomac est plein, on observe des contractions commençant seulement au niveau de sa partie moyenne ; elles produisent un resserrement circulaire assez marqué pour amener un effacement complet de sa lumière ; c'est un sillon profond qui s'avance comme une onde vers le pylore pour s'y arrêter net, produisant ainsi le même effet que si l'on faisait glisser l'estomac légèrement enserré dans l'U formé par le pouce et l'index. On pourrait croire que le pylore s'ouvre à l'arrivée de chaque mouvement gastrique, mais il reste hermétiquement fermé pendant toute la digestion stomacale, de sorte que ces contractions vermiculaires n'ont d'autre effet que de broyer les aliments dans l'estomac et de les porphyriser en quelque sorte pour les rendre aussi attaquables qu'il est possible par les sécrétions gastriques. Le pylore ne s'ouvre que lorsque la di-

gestion stomacale est effectuée et alors, sous l'influence des contractions, des jets de liquide sont projetés dans le duodénum.

Bien que plus solide, plus épais que l'intestin grêle, l'estomac ne saurait offrir une grande et longue résistance à la pression des matières accumulées dans son cul-de-sac : cette limite de résistance est vite atteinte chez les personnes qui ingèrent une charge alimentaire trop lourde, ou qui, par une gêne, une compression exagérée, telle que celle du corset, arrêtent ou empêchent les contractions expulsives. Dès lors, la poche stomacale, vaincue dans son élasticité, se distend et l'on se trouve en présence d'une dilatation caractérisée, d'une poche trop profonde, n'ayant plus assez de contractilité pour faire refluer le liquide jusqu'à l'orifice pylorique et se vider complètement. Et c'est alors qu'on perçoit dans l'estomac un bruit de clapotage et qu'en secouant son patient on a l'air d'agiter une bouteille à moitié pleine.

La dilatation de l'estomac peut mécaniquement se produire par deux causes quelque peu différentes : ou bien l'on ingère une trop grande masse liquide ou solide et il y a dilatation par surcharge, ou bien l'on introduit dans l'estomac des aliments qui, insuffisamment préparés ou divisés par un travail antérieur, doivent y séjourner trop longtemps pour subir leurs transformations chimiques avant de passer dans l'intestin; l'estomac, toujours ou trop longtemps chargé, n'a pas de repos et se laisse distendre.

Le liquide gastrique, contenant de l'acide chlorhydrique et de la pepsine, a surtout pour rôle de transformer les matières azotées, albuminoïdes insolubles, en albuminoses solubles et assimilables, désignées sous le nom de *peptones*.

Pour comprendre nettement l'extrême importance, la nécessité impérieuse de n'introduire dans l'estomac que des aliments bien divisés, bien triturés, il suffit de réfléchir un peu. Si, dans l'estomac ou dans un ballon de verre, plein d'un suc gastrique artificiel à 37°-38°, ayant la composition du suc normal en acide chlorhydrique et en pepsine, nous introduisons un cube de blanc d'œuf cuit d'un centimètre d'arête, nous constaterons qu'au bout de quelques heures les arêtes et les sommets du cube seront attaqués, émoussés ; l'action du suc gastrique, qui ne pénètre pas le cube d'albumine cuite, ne peut s'exercer qu'à sa surface, c'est-à-dire sur six centimètres carrés.

Si, au contraire, nous partageons ce centimètre cube en mille petits cubes ayant un millimètre de côté et, par suite, 6^{mm} carrés de surface, ils offriront à l'action du suc gastrique une surface attaquable de 6.000 ^{mm}, c'est-à-dire de 60 centimètres carrés au lieu de six. Ainsi donc, le suc gastrique agira sur une surface dix fois plus grande ; donc, toutes choses égales d'ailleurs, les quantités d'albumines peptonisées dans le même temps étant proportionnelles à la grandeur des surfaces en contact avec le suc gastrique, il y aura dans notre exemple dix fois plus de peptones produites dans le second cas que dans le premier : l'estomac pourrait donc être évacué dix fois plus tôt.

Par conséquent, les aliments très divisés sont beaucoup plus faciles, plus rapides à digérer que lorsqu'*ils* sont jetés dans l'estomac en morceaux trop gros ; ils y séjourneront moins longtemps, ne s'y accumuleront pas et l'on ne verra pas la masse d'un nouveau repas s'ajouter aux reliquats fermentés d'un ou de plusieurs repas antérieurs ; d'où la nécessité évidente de faire subir aux aliments un travail de division, de trituration très complet ; ce travail se fait dans la bouche en présence de la salive et de son ferment, la ptyaline.

Le travail mécanique de la bouche est très considérable ; nous en étudierons les conditions après avoir exposé rapidement quelques considérations théoriques importantes sur son architecture et son fonctionnement. Pour nous, la bouche comprend toute la partie du tube digestif qui s'étend depuis l'orifice buccal proprement dit, jusqu'à l'entrée de l'œsophage ; le travail y est produit non seulement par des pièces mécaniques comme les maxillaires armés de leurs dents, mais encore par un jeu très compliqué de muscles, c'est-à-dire d'organes élastiques, souples, tels que les lèvres, la langue, les parois des joues, les piliers, les parois du pharynx.

Il est très difficile d'analyser séparément l'action de chaque muscle ; d'ailleurs, cette analyse serait inutile, puisqu'ils ne fonctionnent pas isolément, mais toujours par groupes solidaires, se prêtant une aide mutuelle et successive, selon les nécessités du travail à effectuer.

Considérons, d'abord, les deux mâchoires qui représentent les deux mors d'une pince ou d'un étau, l'un d'eux restant fixe, l'autre étant mobile et articulé indirectement sur le premier. Nous n'aurons à étudier que les mouvements du levier mobile, c'est-à-dire de la mâchoire inférieure, et nous essaierons de le faire avec le plus de clarté possible.

Le maxillaire inférieur, *vu de profil*, a la forme d'un levier coudé dans un plan presque vertical ; l'une des branches est horizontale, elle forme, à proprement parler, la véritable mâchoire ; l'autre branche, ascendante, forme avec l'horizontale un angle obtus d'environ 120° à 130°. Cette seconde branche est bifide et ressemble à un Y majuscule ; elle déborde en dehors du maxillaire supérieur.



Fig. 4. — Schéma de la mâchoire inférieure.

La branche postérieure de l'*y* est terminée à sa partie supérieure par une masse arrondie, un condyle ellipsoïde, à grand diamètre transverse, s'articulant avec l'os temporal qui lui offre une petite cavité de réception, appelée cavité glénoïde, et un peu en avant, une petite surface articulaire horizontale, sous laquelle vient se placer le condyle dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire : un fibro-cartilage sert de tampon de frottement ou de glissement

entre les deux surfaces articulaires du condyle et du temporal.

La branche antérieure de l'y, connue sous le nom d'apophyse coronoïde, n'est pas articulaire, elle sert seulement de bras de levier à la puissance élévatrice du maxillaire ; elle se meut en avant et en dehors du condyle dont elle est séparée par une échancrure ayant de 16 à 18^{mm} de diamètre.

Les mouvements du maxillaire sont obtenus au moyen de muscles très différents comme puissance ; en effet, la pesanteur sollicitant la mâchoire inférieure, il suffira : 1° du relâchement des muscles élévateurs ; 2° de la contraction de muscles fléchisseurs faibles pour obtenir l'abaissement du maxillaire mobile.

Ces muscles fléchisseurs sont ceux de la région sus-hyoïdienne, c'est-à-dire le digastrique, le mylo et le génio-hyoïdien, qui prennent leur point d'insertion fixe sur l'os hyoïde quand celui-ci est immobilisé par la contraction préalable des muscles de la région sous-hyoïdienne.

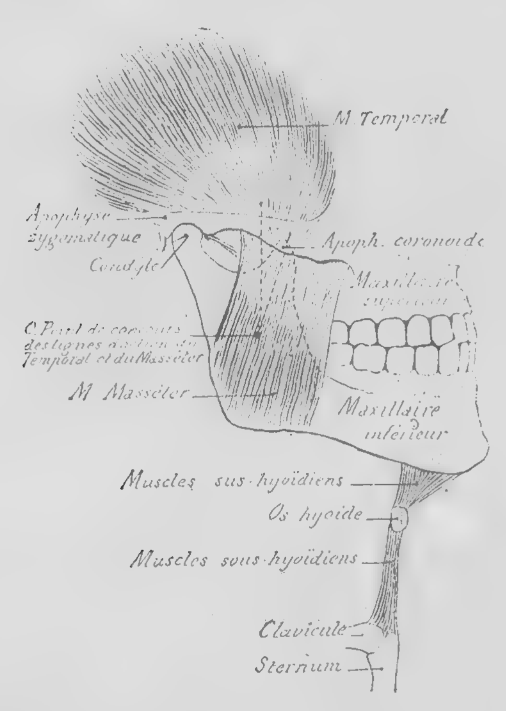


Fig. 5. — Appareil moteur de la mâchoire inférieure.

Les muscles élévateurs sont au nombre de deux seulement, mais très puissants : le temporal et le masséter.

Le temporal insère ses fibres en éventail sur toute la fosse temporale, les réunit en un tendon résistant, passant en dedans de l'apophyse zygomatique pour venir se fixer en s'épanouissant sur l'apophyse coronoïde.

Le masséter, solidement inséré sur l'arcade zygomatique en avant du temporal, descend ses fibres dans une direction légèrement oblique d'avant en arrière et vient s'insérer largement sur les deux branches du coude du maxillaire inférieur.

Il résulte de cette disposition que la ligne de tirage du masséter fait un angle aigu avec celle du muscle temporal ; de sorte que le sommet de cet angle est, en quelque sorte, immobilisé et que le levier coudé formé par le maxillaire inférieur se meut en tournant autour d'un axe idéal passant par ce point et par son symétrique situé sur l'autre côté de la mâchoire, à peu près à la hauteur du trou dentaire. Ceci étant établi, mettons successivement en jeu les deux groupes de muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire.

Les muscles sus-hyoïdiens abaissent l'extrémité antérieure de la branche horizontale dont le coude est à peu près retenu par la tonicité du masséter seul, de sorte que la branche montante se porte en avant, grâce au relâchement du muscle temporal ; le condyle quitte donc la cavité glénoïde et vient s'appliquer sur la petite surface située en avant de cette cavité, en glissant sur le coussinet fibro-cartilagineux inter-articulaire.

Pour relever la mâchoire, le temporal se contracte, tirant sur l'apophyse coronoïde en arrière et en haut pendant que le faisceau antérieur du masséter, d'abord seul, puis tout le masséter, tire obliquement en haut et en avant.

Ainsi, le condyle refait d'avant en arrière le déplacement qu'il avait fait d'arrière en avant et rentre dans la cavité glénoïde ; donc le point d'appui que prend le condyle sur la surface articulaire supérieure est variable.

Pour nous rendre compte de l'utilisation des forces, nous simplifierons encore la figure et nous la réduirons à deux lignes indiquant seulement le point d'appui ou plutôt le centre de rotation, les

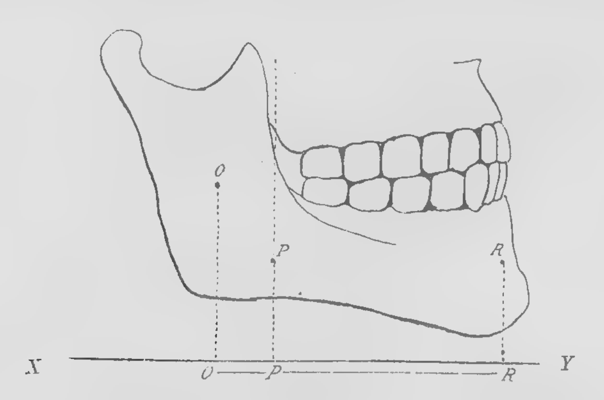


Fig. 6. — Points d'application des forces agissant sur la mâchoire inférieure.

points d'application de la puissance et de la résistance que nous projetterons sur une ligne horizontale XY.

La projection O P est le bras de levier de la puissance, et la pro-

jection O R est celui de la résistance et, pour fixer les idées, admettons que O P = 1 m et O R = 5cm. Nous aurons $P \times 1 = R \times 5$, d'où on déduit $R = \frac{P \times 1}{5} = \frac{1}{5}P$. Donc, à l'extrémité du maxillaire inférieur, c'est-à-dire au sommet de l'arcade dentaire, le rendement n'est que le $\frac{1}{5}$ de la puissance dépensée ; si l'on rapproche successivement R de P, par exemple à 4, 3, 2, 1cm du centre, le rendement augmentera et deviendra successivement $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$, 1.

Ces considérations théoriques nous expliquent immédiatement comment la mâchoire doit être armée.

En effet, l'homme, étant omnivore, peut avoir à couper, à déchirer et à broyer ses aliments; il faut moins de force pour couper que pour déchirer et moins pour déchirer que pour broyer ; par conséquent, les pièces de broyage devront être fixées aussi près qu'il est possible du point d'application de la puissance ; celles de dilacération un peu plus loin et, enfin, celles de discision ou de division ; c'est pourquoi la nature, qui, selon la grande loi d'adaptation formulée par Lamarck, adapte toujours l'organe à la fonction qu'il doit remplir, a placé les incisives en avant, au sommet de l'arcade dentaire, les canines ensuite, plus en arrière, les molaires bicuspides, molaires de transition entre les canines et les molaires multicuspides, insérées tout à fait à l'arrière, là où le rendement est le plus considérable. L'armature d'une mâchoire donnera donc le schéma suivant.



Fig. 7. — Dents représentées schématiquement.

Les deux mâchoires étant armées de la même manière fourniront le maximun de travail utile si les surfaces de contact des dents sont aussi nombreuses et aussi développées qu'il est possible ; il faut donc que le tranchant des incisives, la pointe des canines et celles des molaires viennent s'imbriquer, s'engrener les uns sur les autres de manière à couper, arracher et broyer les corps interposés entre leurs surfaces de contact, comme entre les branches des ciseaux ou les rainures des cylindres écraseurs ; de sorte qu'il ne peut y avoir symétrie de position, mais seulement conjugaison de position entre les deux mâchoires, et que l'une doit, en quelque sorte, emboîter l'autre.

La mâchoire inférieure possède encore un mouvement latéral de va et vient ou de trituration et un léger mouvement de déplacement antéro-postérieur et inversement. Ce mouvement s'exécute, après

désembrayage des molaires, par la contraction alternative des deux muscles ptérygoïdiens externes, dont l'insertion, fixe sur les apophyses ptérygoïdes, juste en arrière de la cloison nasale, leur permet d'agir séparément sur chacune des branches condyliennes, en portant la mâchoire de droite à gauche ou de gauche à droite avec un léger mouvement de rotation autour du condyle non actionné.

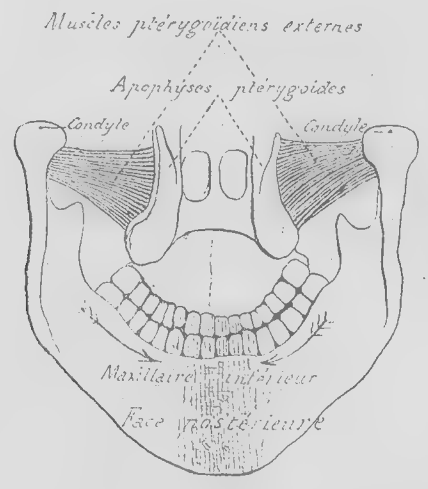


Fig. 8. — Maxillaires vus par leur face postérieure.

La combinaison successive de ces différents mouvements produit un véritable mouvement de circumduction facile à observer : il a pour effet de rouler, de tourner les aliments dans la bouche ; cependant, il serait insuffisant pour ramener, sous les organes de division et de broyage, les aliments qui n'auraient subi qu'une trituration incomplète, si le jeu combiné des lèvres, des joues, de la langue, des piliers et du voile du palais ne les forçait à rester constamment dans la zone d'action des dents.

Les lèvres avec la langue manient les aliments solides et empêchent aussi les liquides de sortir de la bouche; les joues, en venant s'appliquer contre les arcades dentaires, au moment de leur écartement, s'opposent à ce qu'ils s'engagent dans l'espace libre entre les joues et la mâchoire; le voile en s'abaissant, les piliers en se contractant les ramènent en avant à portée de la langue qui, en se gonflant, s'allongeant, se contournant, les mène où elle veut; en même temps, sous l'effort et les contractions musculaires de toute la région, les glandes parotidiennes, sous-maxillaires et sublinguales, sécrètent et déversent dans la bouche la salive qui vient imbiber les aliments, les agglutine, commence et prépare leurs métamorphoses chimiques et facilite le façonnement du bol alimentaire, au devant duquel va s'élever le pharynx béant. Juste à ce moment, la langue, prenant point d'appui en avant sur le haut du

palais, repousse par sa base le bol alimentaire vers l'entrée du pharynx, qui redescend alors, entraînant ce bol dans ses contractions ondulatoires vers l'estomac : c'est là le phénomène de déglutition.

On conçoit très bien que ce façonnage dans la bouche, cette migration dans l'œsophage et l'estomac ne se fera convenablement que si le bol alimentaire présente une plasticité suffisante, plasticité qu'on ne peut obtenir complète que par une malaxation des aliments, ce qui exige, au point de vue du travail mécanique, des mâchoires en parfait état de fonctionnement.

De tout ce qui précède, il résulte que beaucoup de maladies de nutrition et principalement les dyspepsies proviennent souvent d'un travail de mastication incomplet et mal fait. Chez certains, il ne faut accuser qu'une hâte trop grande en raison du temps trop écourté qu'ils consacrent à leur repas ; mais chez beaucoup d'autres il est facile de constater le mauvais état de l'appareil de malaxation et l'indication première du traitement est de le remettre en bon état, s'il est possible, sinon de le remplacer par un appareil de prothèse se rapprochant, autant que faire se peut, du modèle fourni par la nature ; c'est-à-dire présentant non seulement des incisives et des canines, mais aussi des molaires s'embrayant mutuellement avec exactitude comme dans la mâchoire type dont nous avons essayé de donner la théorie mécanique.

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES DANS L'INFECTION DENTAIRE

Par M. Loup

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Au mois de février 1894 nous avons eu l'occasion de voir dans notre service de clinique à l'Ecole dentaire de Paris une complication du 4e degré d'une intensité telle que jamais il ne nous avait été donné d'en observer.

Nous présentons cette observation non pas comme un cas extraordinaire, n'ayant pas la prétention d'offrir de l'inédit ; mais ayant été frappé par l'étendue et la violence des phénomènes infectieux, c'est à ce titre que nous en faisons l'exposé.

Les manifestations intra-dentaires de la carie du 4e degré ne sont pas rares et leur étendue dans la cavité buccale ou même extra-buccale est assez fréquente pour que nous tous en ayons observé plus d'un cas.

Cependant pour celui qui est un peu observateur, ce fait ne sera pas passé inaperçu : à savoir que la petite incisive supérieure est celle dont les phénomènes infectieux sont les plus accentués, les plus profonds, nous dirions presque les plus graves, exception

faite cependant pour les dents de sagesse dont les désordres peuvent s'étendre d'une façon inquiétante, même pour la vie des malades. Et, sans faire ici une excursion en dehors de notre sujet, nous savons qu'il y a plusieurs cas de mort à l'actif de cette dent.

Ainsi donc, nous avons dit que l'incisive latérale offrait les plus graves complications infectieuses. Pourquoi ? Il est bien difficile de répondre à cette question, car si nous examinons la structure anatomique du maxillaire supérieur, si nous cherchons à établir les relations directes de cette dent avec le reste de la face, si nous étudions avec soin les ramifications nerveuses qui y aboutissent, les vaisseaux, etc., etc., nous ne voyons rien qui ne soit commun aux autres dents ses voisines : incisive centrale et canine.

Il semblerait donc, *a priori*, que cette dent n'occupe pas une place qui se prête mieux que les autres à l'action des agents pathogènes. Et cependant les faits sont là, nous l'avons plusieurs fois remarqué.

Une jeune fille se présenta dans notre service, le 5 février 1894, de la part de son médecin, pour se faire extraire trois dents ; son aspect était affreux, la joue gauche complètement œdématiée, l'œil presque entièrement caché par les paupières tuméfiées, l'inférieure surtout présentait les caractères d'une inflammation intense ; la lèvre supérieure gauche, très épaissie, dure, chaude, laissait; percevoir à la pression digitale des battements violents; l'aile gauche du nez avait subi les mêmes troubles, la narine était rouge, douloureuse.

L'examen buccal n'était pas moins mauvais, au contraire; c'est avec difficulté que nous pûmes le faire, car il y avait du trismus et c'est à peine si notre malade pouvait ouvrir la bouche ; néanmoins il nous fut possible de constater l'étendue des désordres et la première chose qui nous frappa fut la mobilité excessive des deux incisives et de la canine supérieures gauches.

Cet ébranlement était tellement accentué que ces dents remuaient comme le doigt sur la main ; on aurait dit que le tissu osseux était fondu et qu'il ne restait plus que les gencives pour les maintenir dans leur alvéole. La première petite molaire également était branlante, douloureuse, un peu de pus entourait son collet ; mais nous n'en parlons ici que pour montrer jusqu'où s'étendait l'infection.

De toutes ces dents, il n'y en avait qu'une, la petite incisive, qui était atteinte de carie pénétrante de 4e degré, les autres étaient indemnes; c'était donc celle-ci qui causait tous les désordres que nous venons de décrire; pour compléter ce tableau, déjà passablement sombre, un abcès énorme s'étendait de l'incisive centrale à la petite molaire, soulevant considérablement la lèvre.

Toutes ces dents baignaient dans le pus, il en sortait de partout, par les collets des dents, par de nombreuses fistules, la moindre pression sur la lèvre en faisait s'écouler des flots dans la bouche; avec cela de la fièvre, de l'insomnie, la malade ne dormait pas depuis quatre jours, de l'inappétence, des douleurs intolérables qu'elle ressentait du côté de l'œil principalement.

Telle est l'histoire de cette malade âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, que nous avons soignée avec un résultat inespéré.

Avant de nous être adressée, cette jeune fille avait été soignée par son dentiste qui traita peu la dent et l'obtura ensuite, mais sitôt l'occlusion de la cavité pulpaire, les phénomènes douloureux qu'elle avait primitivement ressentis reparurent.

Comment cette dent avait-elle été traitée ? Nous n'en savons rien, mais il est un point sur lequel nous voulons insister en dehors du traitement plus ou moins bien fait de notre confrère, c'est celui-ci : la malade était à l'époque de ses règles lorsque, pour la première fois, elle s'est fait soigner; nous savons que le traitement échoua. Une deuxième fois elle retourna chez son dentiste et c'est après un second insuccès que la malade se présenta à la clinique avec tout le cortège de désordres que nous avons décrit.

Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion d'insister sur ce fait, à savoir : que nous ne devons pas entreprendre le traitement d'une carie compliquée à l'époque des menstrues chez les femmes lymphatiques et nous le signalons à nouveau, car c'est très important : nous l'avons observé plusieurs fois dans notre pratique alors que, ne nous méfiant pas assez du sujet et ne nous mettant pas en mesure de savoir l'époque des règles, nous commencions des soins qui toujours échouaient. Depuis lors, dans les cas douteux, nous faisons toujours une petite enquête et ne commençons le traitement curatif que lorsque la malade est bien portante.

Jusque-là, nous nous bornons aux palliatifs, pansements calmants s'il y a pulpite, injections antiseptiques s'il y a infection des canaux.

Peut-être y a-t-il à ce moment une suractivité sanguine, les vaisseaux plus dilatés qu'à l'ordinaire offrent-ils de plus grandes voies de pénétration aux microbes?

Cette malade, avons-nous dit, nous était adressée pour faire l'extraction de trois dents. Or, dans notre service de clinique, nous faisons notre possible pour soigner les malades d'après les méthodes conservatrices et nous ne nous soumettons à l'extraction que poussé dans nos derniers retranchements.

Cependant, nous l'avouons, ce cas nous embarrassa un peu, mais bientôt après un mûr examen nous fit pencher pour la conservation.

Nous fîmes donc, avec quelques étudiants, venir la jeune fille chez nous pour commencer le traitement que nous ne pouvions pas faire à l'Ecole, du moins d'une façon suivie, et voici, avec la thérapeutique que nous observâmes, les résultats obtenus.

Le premier jour l'abcès fut ouvert largement, un écoulement abondant de pus se fit, puis, avec des injections au permanganate de potasse, nous le lavâmes complètement. La cavité cariée de la petite incisive fut débarrassée de tous les détritus et du tissu ramolli, le canal fut nettoyé parfaitement et nous fîmes de larges irrigations qui ressortirent par l'apex.

C'est là, il est vrai, le traitement classique, mais à cela nous ajoutâmes le même jour une sérieuse compression de toute la région

malade, aussi bien de la joue que des gencives qui étaient imprégnées de pus, et la malade partait pour revenir deux jours après avec les étudiants.

Ce jour-là l'état général était bon, la nuit qui suivit le premier traitement fut bonne, non douloureuse, la malade avait pu dormir, le mieux était appréciable, surtout au point de vue de la douleur. La fluxion était moins grande, déjà l'œil gauche était moins tuméfié, cependant la mobilité excessive des trois dents persistait. Nous fîmes des injections avec le chlorure de zinc au 1 0/0 et de la compression comme le premier jour, puis nous abandonnâmes notre malade à un étudiant de 3e année qui, tous les jours jusqu'au lundi suivant, devait faire de la compression et des injections au permanganate de potasse au 1 0/0.

A cette époque, la malade que nous revîmes à la Clinique était en apparence guérie, plus de tuméfaction de l'œil, plus d'œdème de la joue ni de la lèvre ; la mobilité des dents était très atténuée, mais il restait un seul trajet fistuleux qui laissait écouler une assez grande quantité de pus.

Pour combattre cette production purulente, nous ordonnâmes des injections au chlorure de zinc au 1 0/0 et de la compression sur les gencives jusqu'au jeudi, c'est-à-dire pendant trois jours, et la malade devait revenir chez nous. Quelle ne fut pas notre stupéfaction lorsque nous vîmes notre patiente dans son état primitif : œdème de la joue, de la lèvre, tuméfaction de l'œil, du pus en quantité dans la bouche. Que s'était-il passé ?

C'est bien simple, l'état que nous avons décrit de notre malade montre jusqu'à l'évidence à quel degré d'intoxication, de dégénérescence étaient arrivées les cellules composant le tissu gingival ; elles étaient affaiblies, vivant mal dans ce milieu purulent. Dès lors ne fallait-il pas agir avec une grande prudence dans l'administration des médicaments ?

Voilà ce qui n'avait pas été fait, le dosage du chlorure de zinc n'était pas calculé et par sa causticité cet agent avait détruit, tué ces cellules, si affaiblies déjà par l'invasion microbienne.

Nous dûmes suivre alors une autre conduite et, après un lavage sérieux à l'eau boriquée, nous laissâmes la malade se reposer pendant une huitaine en faisant elle-même des lavages de bouche avec l'acide borique ; après ce repos les phénomènes inquiétants avaient disparu et il ne nous restait plus qu'à recommencer le traitement bien titré avec le permanganate de potasse et le chlorure de zinc.

Cette fois, au bout de quinze jours, après de bonnes séances de compressions, il ne restait plus trace de l'abcès ; les dents étaient solides, rien ne faisait prévoir les désordres qui auraient existé. Nous fîmes boucher la dent à la gutta-percha, et, jouant de malheur, nous revîmes la malade quelques jours après avec un bel abcès au-dessus de cette dent.

La jeune fille avait fait décoller la gutta-percha avec une épingle, et par capillarité la mèche contenue dans l'intérieur du canal avait de nouveau porté l'infection au-delà de l'apex.

A cette séance nous rebouchâmes immédiatement la cavité à la gutta-percha après avoir préalablement lavé au permanganate de potasse la dent et l'abcès. Depuis lors tout est fini, la dent est obturée.

La compression dont nous parlons dans le traitement ci-dessus s'exerçait de la périphérie au centre et avait pour but de faire évacuer tout le pus que contenaient les tissus circonvoisins.

C'est seulement dans les derniers jours du traitement, alors qu'il n'y avait plus de pus du tout, que nous fîmes du massage afin de donner une grande suractivité cellulaire.

Vous voyez que le cas était intéressant à rapporter, au double point de vue de l'intensité des phénomènes infectieux et des péripéties de ce traitement.

Nous désirons ajouter quelques considérations sur les antiseptiques avant de terminer cet exposé que vous voudrez bien nous pardonner d'avoir fait si long.

*
* *

Les antiseptiques, à notre avis, sont en général mal employés et on ne se rend pas assez compte des effets qu'ils peuvent produire ; l'histoire du traitement de cette jeune fille en est la démonstration bien nette et nous allons essayer de montrer comment nous comprenons l'antisepsie.

Il est important, croyons-nous, pour bien saisir les idées que nous avons sur l'antisepsie, de reproduire un passage dû à M. le Dr Isch-Wall dans son Cours préparatoire du chirurgien-dentiste :

« Il faut, disait-il, considérer l'homme comme un amas, une agglomération de cellules formant une colonie, en donnant à ce mot son sens zoologique.

» Ces cellules ont entre elles une grande ressemblance surtout dans leur constitution intime, et nous comprendrons que ce qui est vrai pour une le sera pour toutes.

» Ainsi donc la vie d'une cellule est comme celle de l'être humain, elle se nourrit et se reproduit et si nous nous demandons quelle est l'essence de ce phénomène, nous sommes obligés d'admettre l'hypothèse d'une activité vitale qui donne à la cellule les deux propriétés nécessaires à sa conservation : reproduction et nutrition.

» Mais cette activité vitale peut être retirée de telle sorte que ces propriétés soient troublées et alors nous constatons un certain nombre de phénomènes histologiques qui peuvent altérer la reproduction cellulaire normale.

» Or comment cette activité cellulaire peut-elle être entravée ? Nous n'avons là que l'embarras du choix et, pour n'en citer que quelques exemples, nous prendrons les infections générales ou locales, les contusions, les plaies, les caustiques, etc., etc.

» Parmi les causes offensives, pour ne prendre que les médicaments, nous voyons que les caustiques peuvent entraver la vitalité propre des cellules; leur utilité en matière médicale peut donc être

contestée, surtout dans certains processus pathologiques que nous allons définir. »

Nous avons dit qu'il y a les antiseptiques vrais et les antiseptiques caustiques ; ces derniers ont leur action bien définie par leur qualificatif même ; comment agissent les autres ? Les autres agissent non pas en mortifiant les cellules ou les bactéries, mais en créant à ces dernières un milieu impropre à leur vitalité, une sorte de poison pour leur existence. Etant donné que les cellules et les microbes sont deux éléments analogues au point de vue de leur vitalité particulière, c'est-à-dire qu'ils se nourrissent, se reproduisent et meurent, quoique parfaitement opposés au point de vue physiologique, il arrive que ce milieu créé par un agent thérapeutique, s'il est nuisible à l'un ne le sera pas moins pour l'autre, que si le poison est capable de tuer par altération de nutrition le microbe, il n'en sera pas moins capable de tuer la cellule, et que si en général les éléments cellulaires ont raison des éléments pathogènes, ce n'est dû qu'à ce fait que les cellules sont solidaires les unes des autres, la vitalité de l'une fait la vitalité de l'autre, la cellule malade est tonifiée en quelque sorte par la santé de sa voisine; c'est une chaîne non interrompue ou courbe vitale de l'être qui est composé par leur agglomération.

La cellule n'est pas un élément isolé de l'organisme, le microbe, au contraire, est un être parfaitement distinct de ses semblables, quoique pareil aux points de vue physiologique et pathologique ; il vit par lui-même. Il est organisé comme un être quelconque, sa faiblesse, sa maladie ne sera pas reconnue par son voisin, car il n'a aucune corrélation avec lui.

Lui mort, c'est tout un individu qui a disparu. Il lutte par lui-même et, n'étant pas secondé dans sa force vitale comme l'est la cellule, il cède plus tôt que celle-ci à ce milieu meurtrier que la thérapeutique a créé, à moins que l'homme étant affaibli par une longue maladie, dans sa constitution même, la vitalité générale n'étant plus active, la victoire ne reste aux microbes.

Toutefois les cellules, même saines, ressentent malgré tout les effets nocifs de ce milieu antiseptisé, mais reprennent vite le dessus sitôt qu'elles n'ont plus à lutter contre l'invasion des microbes.

Ainsi donc, dans le traitement cité plus haut le dosage avait été trop fort. Le médicament ayant été assez caustique pour tuer les microbes l'était également pour tuer les cellules, les leucocytes, nos véritables défenseurs ; les phénomènes de la phagocytose, si bien décrits par Metschnikof, n'ont pas lieu dans ce cas, les éléments vitaux de notre être ne peuvent plus réagir et nous occasionnons par l'application de ces remèdes énergiques une sorte d'ulcération, de nécrose dans l'intérieur de ces mêmes tissus que nous nous proposions de soigner.

Dans tous les cas où nous serons obligés de recourir à des agents caustiques, le dosage des solutions devra être parfaitement établi.

D'ailleurs les médicaments caustiques employés à titre d'antiseptiques devront entrer en minimum dans la thérapeutique que

nous ferons suivre à notre malade, et encore après avoir bien défini le rôle qu'ils y doivent jouer.

Cependant leur utilité est incontestable et ils nous offrent plusieurs qualités dont il faut savoir tirer parti.

Ainsi, par exemple, dans une affection purulente, abcès du sinus ou autre, il sera bon de s'en servir à plusieurs points de vue :

1° en utilisant leur moyen antiseptique, nous mettons à profit leur action caustique afin de *brûler* les microbes pathogènes.

2° nous utiliserons leur qualité irritante pour forcer en quelque sorte nos cellules à excréter tout le pus qu'elles contiennent dans les mailles du tissu cellulaire.

3° ils ont encore une autre qualité, et celle-là n'est pas la moindre : la contractilité des tissus sur lesquels ils sont appliqués.

Or, ce n'est pas là, je vous l'assure, une quantité négligeable, car la contraction des vaisseaux sanguins et lymphatiques, le resserrement des mailles du tissu cellulaire offriront une barrière impénétrable aux agents de la putréfaction et, dès lors, nous obtiendrons un foyer plus circonscrit, plus net, où nous pourrons agir plus facilement en faisant de l'antisepsie douce.

Je disais, si je puis parler ainsi, en employant un agent capable de tuer les microbes, nous détruisons, ou tout au moins nous risquons de tuer les cellules immédiatement en contact avec ce médicament. Le fait est indiscutable, et tous les jours vous voyez des nécroses produites, dans le public, par des applications de pansements phéniqués dont on n'a pas mesuré la valeur thérapeutique et leur action nocive découle de ce que nous venons de dire.

L'acide phénique a détruit les bactéries ou empêché les microbes de venir sur la partie malade, mais aussi son action caustique est étendue plus loin ; il y a eu mortification des cellules immédiatement en contact, et de là la nécrose.

Les antiseptiques caustiques doivent être employés en injections, en lavages quand on le juge nécessaire, mais non en applications, en pansements à demeure. Dans le cas des lavages par un caustique, il y aura certainement mortification des cellules, mais le mal n'en sera pas grand, car les premières atteintes seront celles justement qui sont les plus malades, celles qui pour ainsi dire baignent dans le pus.

Il vaut mieux en effet enlever ces parcelles moribondes pour ne laisser derrière elles qu'un tissu sain ou à peu près et qui sera en tout cas vite revivifié.

En dehors de ces actions, comme vous le voyez, toutes passagères, des antiseptiques caustiques, ceux-ci n'ont plus de raison d'être et nous devons leur substituer un régime plus doux, un régime qui ne neutralise pas la vitalité des cellules.

C'est là que nous ferons intervenir l'antisepsie non caustique comme pansement à demeure, et nous dirions même, que, si nous ne devions agir constamment dans la bouche, cavité éminemment exposée à l'infection, où les plaies ou abcès se trouvent toujours en contact avec des matières fermentescibles, nous devrions laisser

les antiseptiques de côté et nous contenter de faire de l'asepsie. Voilà, croyons-nous, la méthode de l'avenir.

Qu'est-ce que l'asepsie?

C'est l'absence, dans quelque milieu que ce soit d'agents pathogènes, d'éléments capables de produire l'infection, de faire du pus.

Or, dans le traitement d'une affection quelconque, n'est-ce pas le desideratum que l'on cherche?

Que faut-il à une plaie pour guérir?

1° Qu'elle soit débarrassée ou préservée des microbes de la suppuration.

2° Que la vitalité des cellules ne soit pas entravée dans l'accomplissement de leur travail de réparation, mais bien au contraire augmentée le plus possible.

Or, laissant de côté les caustiques pour étudier le mode d'action des antiseptiques doux, c'est-à-dire les solutions que nous pourrons laisser impunément et sans crainte au contact des tissus, nous sommes bien obligés de reconnaître qu'ils ont un moyen quelconque pour agir efficacement dans le traitement que nous instituons. Ce moyen n'est ni plus ni moins que l'empoisonnement, comme nous le disions plus haut. Les antiseptiques vrais agissent en créant un milieu impropre à la vitalité et à la reproductivité des bactéries et, puisqu'il faut parler de ces infiniment petits comme s'il s'agissait de nous-mêmes, nous ferons la comparaison d'un être humain reposant dans une pièce remplie d'oxyde de carbone. Il meurt parce que ces cellules n'ont pas pu vivre sans oxygène, mais elles n'ont nullement de lésion comparable à une ulcération, à une nécrose.

Si nous mettons dans cette même pièce un oiseau et un chien, l'oiseau mourra alors que le chien ne sera qu'engourdi. Il en sera de même du microbe vis-à-vis de la cellule, celle-ci subira forcément dans ce milieu non physiologique un engourdissement, un arrêt dans son évolution, un retard dans ses fonctions naturelles de nutrition et de reproductivité, en un mot la réparation sera ralentie.

Nous voilà donc très loin de la deuxième condition que nous formulions tout à l'heure. Ce n'est pas avec de tels procédés que nous tonifions les cellules, que nous leur laissons leur libre essor, tous leurs moyens de lutte.

Nous sommes obligé par la force des choses d'en tirer la conclusion que nous faisions pressentir plus haut, c'est-à-dire que, lorsque nous aurons antiseptisé convenablement le champ à traiter, nous devrons faire de l'asepsie, en délaissant les médicaments autres que les agents neutres, tels que l'eau stérilisée, le coton passé à l'étuve, collodion etc., etc., toutes choses qui n'auront aucune action sur les cellules réparatrices, puisqu'il est entendu que nous n'aurons plus à agir sur les agents microbiens.

PRÉSENTATION D'UNE SERINGUE ANTISEPTIQUE

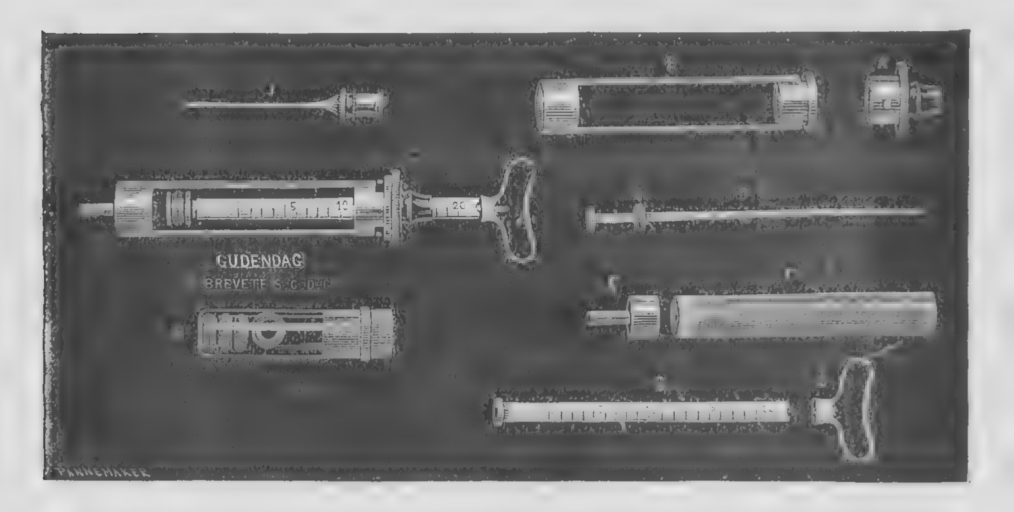
(*Modèle Gudendag*)

Par M. J. d'Argent

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Les instruments que j'ai l'honneur de vous présenter sont deux modèles de seringues, l'un pour déterger les canaux radiculaires, les conduits fistuleux, les collections purulentes des sinus maxillaires et des cavités alvéolaires, etc. ; l'autre pour faire des injections sous-gingivales de cocaïne.

Les perfectionnements réalisés dans ces appareils, d'un usage si cons-



tant en chirurgie dentaire, sont dus à M. Gudendag, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris.

Ils consistent surtout dans un fonctionnement plus régulier et qui n'est interrompu par aucune pièce susceptible de se dessécher ; dans le démontage et le remontage simples et instantanés, tout l'ensemble étant maintenu par une fermeture baïonnette ; dans la supression des disques en cuir tant aux extrémités du tube en verre qu'au piston, où ils sont remplacés par une sorte de segment sphérique à deux bases, en caoutchouc compressible.

La seringue de M. Gudendag est déjà connue et utilisée en médecine depuis la fin de 1893, et elle est prescrite dans l'armée par circulaire ministérielle en date du 15 janvier 1894.

Avant cela, elle a été présentée à la Société de chirurgie par M. le Dr Félizet, qui en a eu la conception première, et à la Société de Biologie par M. le Dr d'Arsonval, qui en a donné une description parfaite.

Malgré tout, elle est encore inconnue de beaucoup de chirurgiens-dentistes ; c'est pourquoi j'ai engagé M. Gudendag à présenter ses instruments à la Société d'Odontologie, où tout ce qui réalise un progrès est accueilli avec la plus grande faveur.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

ALLOCUTION DE M. FRANCIS JEAN
Président.

Messieurs,

Vos suffrages m'ont appelé à présider vos réunions pour cette année ; c'est là une marque de haute estime dont je suis très fier. Mes efforts pour la prospérité de notre groupe scientifique vous sont acquis et ma tâche sera facilitée par votre concours qui, j'en suis sûr, ne me fera pas défaut. Notre passé le prouve et nos succès l'affirment suffisamment.

Actuellement, je n'ai qu'un désir : m'acquitter du mandat que vous m'avez confié aussi bien que mes honorables devanciers, MM. Dubois, Gillard et Viau. Pour cela, nous n'avons qu'à suivre la voie si bien préparée, afin de conserver la bonne réputation du dentiste en raison des services qu'il rend au public, services sans cesse plus précieux, par suite des immenses progrès réalisés chaque jour, tant sous le rapport moral que sous le rapport scientifique.

Maintenant que nous sommes presque tous débarrassés du souci légitime de l'examen que nous avons voulu subir devant la Faculté, rien ne nous empêche, en effet, désormais, de nous réunir régulièrement, de travailler assidûment et de nous livrer à des études, à des recherches, à des essais, à des observations, à des perfectionnements. Que ces divers travaux fassent l'objet de communications nombreuses et intéressantes, venant enrichir notre ordre du jour ; que chacun apporte ici, à notre réunion du premier mardi de chaque mois, que je tiendrai toujours à honneur de présider, et à nos réunions de démonstrations pratiques, le résultat de ses efforts personnels, fût-il des plus modestes ; il sera toujours accueilli avec reconnaissance.

N'oubliez pas, d'ailleurs, que notre règlement prévoit l'attribution de prix aux travaux qui auront contribué à l'avancement de la science ou de la pratique professionnelle. Votre bureau compte bien, cette année, avoir l'occasion d'appliquer cette disposition et forme ardemment le souhait que plusieurs d'entre vous soient désignés pour ces récompenses. Il se propose même d'étudier l'impression, aux frais de la Société, et le tirage à un certain nombre d'exemplaires des mémoires ou communications qui lui paraîtront les plus méritants.

Indépendamment de nos réunions mensuelles, il vous sera, du reste, offert une occasion spéciale de présenter le fruit de vos recherches : je veux parler du Congrès dentaire de Bordeaux, auquel il importe que nous représentions avec éclat, non seulement l'art dentaire français, puisque c'est un Congrès national, mais encore et surtout, la Société d'Odontologie et l'École dentaire de Paris.

Le champ d'étude de la pathologie dentaire est vaste et, quoiqu'on l'explore chaque jour, il reste encore beaucoup à faire.

La thérapeutique médicale, la dentisterie opératoire et l'orthopédie dentaire, ces branches si importantes de notre art, s'enrichissent à chaque instant de perfectionnements nouveaux.

Ces différentes subdivisions de la science odontologique sont l'objet de votre attention, mais peut-être la prothèse, qui caractérise si particulièrement le véritable dentiste, n'occupe-t-elle pas dans nos préoccupations la place qu'elle mérite. J'estime que c'est en prothèse que le dentiste peut fournir les preuves de la valeur et de l'habileté qu'on recherche dans le praticien.

Les progrès les plus récents, le travail à pont, celui des couronnes, des pivots simples, multiples ou parallèles, exigent du praticien toute l'adresse du mécanicien rompu aux manipulations du laboratoire, puisqu'il se trouve, pour ainsi dire, obligé d'exécuter presque directement dans la bouche du patient la plus grande partie de cette prothèse spéciale.

N'en avons-nous pas eu récemment encore la confirmation par la présentation à l'Hôpital International d'un malade porteur d'un appareil d'une ingéniosité remarquable? Ce travail, dû à notre distingué confrère, M. Michaëls, nommé récemment chevalier de la Légion d'honneur, auquel M. Viau rendait hommage dans notre dernière séance, a résolu le problème d'un appareil remplaçant en même temps le larynx, une partie de l'œsophage et du pharynx. En disant que l'exécution de ce travail est une merveille, nous restons encore au-dessous de la vérité, puisque, grâce à cet appareil, la vie du malade est assurée.

L'exécution et l'application d'appareils pour les fractures des maxillaires, si bien raisonnées par mon ami M. Martinier, qui vous a apporté ici, en vous présentant des malades, un nombre considérable de succès, ne prouvent-elles pas aussi l'importance des connaissances prothétiques?

Vous voyez donc bien, Messieurs, que la prothèse doit sans cesse faire l'objet de nos recherches, quand même le dernier décret relatif aux examens de la Faculté pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste n'indique, parmi les épreuves pratiques, que les opérations préliminaires de la prothèse. C'est là une épreuve bien insuffisante pour cette partie de notre art dont les ressources et le domaine sont si étendus, auquel les chirurgiens ont souvent recours et dont ils reconnaissent les immenses bienfaits.

Travaillons donc avec ardeur pour montrer que nous devons produire beaucoup plus que les examens d'Etat ne demandent et pour prouver que notre profession, par sa technique, est un auxiliaire important de la chirurgie moderne. Nous empêcherons ainsi l'art dentaire français de retomber dans le discrédit d'autrefois d'où les écoles spéciales l'ont tiré.

SÉANCE DU MARDI 5 FÉVRIER 1895

Présidence de M. Francis JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean prononce une allocution (Voir d'autre part).

I. — FORMULAIRE PRATIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS, PAR M. G. VIAU

M. Francis Jean. — M. Viau vient de déposer sur le bureau, pour la bibliothèque de l'Ecole, un exemplaire de la 2me édition de son *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents.*

Cette 2me édition, revue soigneusement, n'est pas la répétition pure et simple de la 1re ; c'est presque un ouvrage nouveau, puisqu'elle a été augmentée de près de 200 pages de texte portant sur différentes questions qui n'avaient pas été traitées précédemment.

Cette nouvelle publication rencontrera, nous en sommes convaincu, le même succès que la première, et tous nos souhaits seraient superflus à cet égard.

Le livre de notre ancien président peut être considéré comme l'auxiliaire indispensable, non seulement des praticiens, mais encore des étudiants et il a sa place toute marquée dans nos bibliothèques.

II. — NÉCROSE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR PRODUITE PAR UNE CARIE DU 4e DEGRÉ, PAR M. ED. FANTON-TOUVET

M. Fanton-Touvet donne lecture d'une observation sur ce sujet (sera publiée au prochain numéro) et présente le sujet, ainsi que les dents extraites.

DISCUSSION

M. Jeay. — J'ai rencontré un cas bien intéressant de nécrose du maxillaire inférieur due à la présence d'une racine de grosse molaire, découronnée lors d'une tentative d'extraction. Le malade, militaire à l'époque, avait eu déjà quelques abcès, lorsque, pendant les grandes manœuvres, épuisé par plusieurs jours de marche, l'affection prit un tel degré d'acuité qu'on fut obligé de le diriger sur l'infirmerie régimentaire. Là, on crut à un simple abcès dentaire. Malheureusement l'affection s'aggrava au point de nécessiter la rentrée du malade à l'hôpital et, malgré un traitement antiseptique très rigoureux et l'application d'un drainage pour faciliter l'écoulement du pus, un séquestre, comprenant la table externe du maxillaire inférieur droit depuis la naissance de la branche montante jusqu'au trou mentonnier et la base du corps de l'os en sa partie inférieure, se mobilisa et fut enlevé par le médecin environ deux mois après le début des accidents. Le séquestre enlevé, on vit le canal dentaire inférieur béant, et pourtant l'intégrité physiologique du nerf maxillaire inférieur existait, puisque la sensibilité du menton et de la joue, dans cette région, avait été conservée : une sorte de nouvelle coque osseuse enveloppant le nerf s'était donc formée. Dans l'espèce, je crois que le médecin traitant a bien fait d'attendre la complète

mobilisation du séquestre pour l'extraire, car, par une intervention plus prématurée, on aurait certainement pu amener des ruptures fâcheuses, ou tout au moins entraver ce bourgeonnement de cicatrisation heureuse qui s'était fait autour du nerf maxillaire inférieur.

M. Francis Jean. — M. Fanton ne nous a pas présenté de séquestres ?

M. Fanton. — Les séquestres ont été éliminés la veille de l'opération, à l'hôpital, et n'ont pas été conservés.

M. Francis Jean. — De quelle façon ont-ils été expulsés ?

M. Fanton. — La résorption des alvéoles s'est faite avec tant de rapidité que je n'ai pas trouvé trace de séquestre.

M. Ronnet. — Je n'ai pas bien compris le processus de la maladie ; c'était donc une nécrose sans séquestre ?

M. Fanton. — Une nécrose avec inflammation et forme torpide : le bord alvéolaire se nécrose, on trouve de petits séquestres et tout rentre dans l'ordre.

M. Ronnet. — Je ne comprends pas cette forme-là comme une nécrose.

M. Josef. — M. Fanton dit que la nécrose du maxillaire supérieur est moins grave que celle du maxillaire inférieur. Pourtant, d'une manière générale, dans la première la plupart des cas sont mortels.

M. Martinier. — M. Fanton dit qu'elle est plus fréquente au maxillaire supérieur.

M. Fanton. — Oui, dans les cas bénins.

M. Josef. — La personne avait des tares héréditaires et M. Fanton croit pouvoir entrevoir la diathèse tuberculeuse. Il y a eu simplement fonte purulente.

M. Fanton. — J'ai attiré votre attention sur l'état général du sujet, parce qu'on pouvait hésiter sur le diagnostic à porter. C'était une nécrose simple, dans laquelle la suppuration a pris un développement assez considérable.

M. le Dr Roy. — L'opinion presque unanime est que, dans les nécroses simples comme dans la nécrose phosphorée, on doit attendre la mobilisation du séquestre, à moins que la suppuration, par son abondance, ne compromette la vie du malade.

III. — Infection locale d'origine dentaire et action des antiseptiques, par M. Loup

M. Loup donne lecture d'une communication sur cette double question (Voir d'autre part).

Discussion

M. Loup. — M. Josef m'a fait observer qu'on ne doit pas recourir au massage dans les affections purulentes. Je n'entends par *massage* que la compression allant de la périphérie au centre pour l'expulsion du pus. Si l'on prenait à la lettre, en effet, le mot massage, il y aurait un inconvénient : on risquerait de pousser le pus hors de ses régions.

M. le Dr Roy. — Il est bien certain que le massage est contre-

indiqué dans une affection aiguë, surtout avec suppuration. Ce que M. Loup a fait a été de vider complètement l'abcès et de presser pour faire sortir le pus. Il ne faut donc pas dans ce cas parler de massage.

M. Godon. — Dans l'état où la malade s'est présentée l'extraction paraissait indiquée ; elle n'a pas eu lieu et, avec beaucoup de soins, les dents se sont consolidées, ce qui prouve qu'on a toujours raison de retarder l'extraction.

M. Fanton. — Il est évident que l'époque menstruelle est défavorable, mais ce n'est pas une contre-indication.

M. Francis Jean rappelle que cette question des menstrues a été traitée par MM. le Dr Sauvez et Josef.

M. Loup. — Ce cas n'est pas le premier et, si M. Godon veut bien s'en souvenir, j'ai eu une jeune fille de 12 ans chez laquelle j'ai commencé un traitement dans un moment que j'ignorais et j'ai cru la dent perdue.

M. le Dr Roy. — M. le Dr Sauvez et M. Josef, quoique différant d'avis quant à la pathogénie, arrivaient à la même conclusion que chacun de nous, c'est que la période menstruelle a une influence fâcheuse sur la marche des accidents dans les dents infectées ; par conséquent, pour commencer un traitement de 4e degré, il est prudent de laisser passer cette époque. Il faut savoir que, souvent, lorsqu'une femme souffre d'un 4e degré, cela coïncide avec la période menstruelle ; il convient donc à ce moment d'agir avec beaucoup de prudence.

M. Fanton. — C'est certainement une condition défavorable pour le traitement.

M. Loup. — J'ai dit qu'on ne doit pas entreprendre alors le *traitement curatif.*

M. Francis Jean. — Vous vous étonnez que les accidents éloignés de l'incisive latérale soient aussi fréquents ; comme je m'en étonnais aussi, j'en ai recherché la cause et je l'explique par la position anatomique de cet organe, qui est situé à la jonction des os maxillaires et incisifs.

J'ai constaté quelquefois que ces organes occasionnaient des fistules siégeant dans la voûte palatine et aussi au niveau du voile du palais, sur la ligne médiane.

M. Josef. — La carie de cette dent est plus fréquente.

M. Loup. — Je parle des accidents infectieux.

M. Josef. — Plus il y a de carie, plus les accidents infectieux peuvent être fréquents.

IV. — Présentation d'anomalies par M. le Dr Sauvez

M. le Dr Sauvez présente diverses anomalies qu'il offre au musée de l'Ecole. Il ajoute :

Voici une anomalie de dent temporaire consistant en ce que les deux follicules se sont soudés, les deux cavités pulpaires ont fusionné, n'en forment qu'une ; j'ai rencontré passablement de dents avec une cloison. Il pourrait se faire que les cordons épithéliaux

donnassent naissance à une dent permanente également anormale, mais cela ne se rencontre jamais avec les dents permanentes.

Voici une autre anomalie : c'est celle d'un enfant de deux ans dépourvu de dents au maxillaire inférieur et n'en comptant que deux au maxillaire supérieur. C'est la mâchoire du petit-fils d'un de nos confrères de province.

Enfin, voici une canine qui a évolué en arrière de la petite molaire.

Discussion

M. Loup. — Je me souviens d'avoir vu, chez une petite fille, deux canines de lait, molles absolument comme de la gélatine.

M. Legret. — La couche d'émail avait disparu ?

M. Loup. — Non, mais en avulsant la 1re canine, on enleva un chapeau, mou comme de la gélatine.

V. — Nécrose du maxillaire consécutif a un traumatisme éloigné, par M. le Dr Roy

M. le Dr Roy donne lecture d'une observation (sera insérée dans le prochain numéro).

VI. — Modification a l'art. 13 du règlement intérieur

M. Francis Jean. — M. Godon a déposé, à la dernière séance, une proposition de modification à l'art. 13 de notre règlement intérieur qui consiste dans l'adjonction, à la suite des mots *le président sortant* de ceux-ci *n'est pas rééligible.*

Ainsi, tandis que les vice-présidents continueraient de pouvoir être nommés 2 ans de suite, le président ne serait pas dans la même situation immédiatement après l'expiration de ses pouvoirs.

M. Legret. — Est-il bien nécessaire de faire cette modification ?

M. le Dr Roy. — Cette proposition a déjà été faite plusieurs fois et, si M. Godon la formule encore, c'est que la disposition actuelle de l'art. 13 de ne pas élire le président plus de 2 années consécutives paraît impliquer sa réélection au bout d'un an, autrement c'est une sorte de blâme sur la façon dont il a rempli ses fonctions. Cette proposition est d'ailleurs calquée sur le règlement d'autres sociétés scientifiques, et elle permet de réélire les mêmes membres après une année d'intervalle.

M. Godon. — Nous avons des réunions fréquentes ici et nous en aurons aussi en province ; il faut donc que ce ne soit pas toujours le même président qui occupe le fauteuil et il est bon d'habituer plusieurs de nos membres à la présidence.

La proposition de M. Godon est mise aux voix et adoptée.

VII. — Elections complémentaires pour le renouvellement du bureau

M. Francis Jean. — Vous avez à procéder à l'élection d'un vice-président et de 2 secrétaires des séances. Puisque c'est le 2me tour, la nomination a lieu à la majorité relative.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 25.

Ont obtenu, pour la vice-présidence :

MM. Papot.. 16 voix
Dr Sauvez.. 5 —
Jeay, Fanton, Prével et Löwenthal, chacun une voix.

M. Francis Jean. — M. Papot ayant obtenu la majorité est élu vice-président.

Le scrutin est ouvert pour la nomination des secrétaires.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 23.

Ont obtenu :

MM. Choquet......	12 voix	MM. Touvet.........	3 voix
Loup........	9 »	Frey...........	3 »
Jeay.........	9 »	D'Almen........	2 »
Josef	7 »	D'Argent.......	1 »

M. Francis Jean. — M. Choquet ayant obtenu la majorité relative est élu secrétaire ; MM. Loup et Jeay ayant le même nombre de voix, M. Loup, plus âgé que son concurrent, est élu au bénéfice de l'âge.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le secrétaire général,
Dr Roy.

ERRATUM A LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DU 24 JANVIER 1895

M. le Dr Roy. — M. Bonnard nous a présenté une dent portant une altération qu'il attribuait à une résorption causée par la pression exercée par une dent voisine dont l'éruption avait été retardée. J'ai combattu cette opinion et j'apporte aujourd'hui à l'appui de mon dire une dent présentant une altération identique et dont voici l'histoire en quelques mots. Cette dent est une première grosse molaire supérieure gauche ; le malade, qui souffrait beaucoup, avait toutes ses dents et elles paraissaient exemptes de carie, mais la première grosse molaire était sensible à la percussion ; je me décidai à l'enlever et vous voyez que la racine postérieure de cette dent présentait une carie qui avait ouvert le canal.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CARIE DENTAIRE CHEZ LES ENFANTS DES ECOLES

Par M. le Dr Röse, de Fribourg-en-Brisgau.

Depuis des années on divise les causes de la carie en deux groupes : causes prédisposantes, causes immédiates ou déterminantes. Les recherches du Dr Miller notamment ont jeté une certaine clarté sur ces dernières, mais il reste encore, d'une part, à découvrir les

conditions vitales qui influent de la manière la plus fâcheuse sur les dents, et, d'autre part, à établir les causes qui entraînent une mauvaise structure des dents et, par suite, la destruction plus rapide de celles-ci.

Des recherches à cet égard ne peuvent être entreprises qu'à l'aide d'une statistique bien coordonnée et très étendue. C'est à cet effet que je me suis livré récemment à des investigations nombreuses dans les écoles publiques. Comme l'instruction est obligatoire en Allemagne de 6 à 14 ans, l'examen de tous les enfants fréquentant l'école d'une localité fournit un résultat certain de la fréquence de la carie dentaire pendant cette période de la vie.

Pour me renseigner également sur la fréquence de la carie chez les adultes, j'ai aussi visité la prison de Fribourg dont les pensionnaires sont originaires de toutes les parties de l'Allemagne et des pays environnants. 253 hommes, d'un âge moyen de 29 ans, ont présenté, sur 7.608 dents, 2.111 dents malades ou extraites, soit 27,7 0/0. 12 individus seulement, soit 4,7 0/0, étaient exempts de carie dentaire.

Dans les écoles de Fribourg, j'ai visité 7.364 enfants, comptant 179.087 dents, et j'ai conclu [1] avec passablement de certitude que, d'une part, la consommation d'eau pauvre en sel de chaux et une alimentation dépourvue de ces sels agissent défavorablement sur la structure des dents en exposant davantage celles-ci aux atteintes de la carie ; que, d'autre part, la consommation d'un pain de froment mou et glutineux est particulièrement propre à amener immédiatement la carie. Miller a déjà prouvé expérimentalement que les acides formés dans la bouche par la fécule cuite sont au moins aussi nuisibles aux dents que ceux formés par le sucre. Les mélanges de salive, de pain et de pommes de terre produisirent très rapidement une énorme quantité d'acides buccaux qui attaquent les dents. Ces expériences de Miller, faciles à répéter, amènent à la conclusion que précisément le produit le plus parfait du raffinement de l'alimentation humaine, le pain, est celui qui contribue le plus à la destruction rapide de la dentition.

L'opinion que le pain consommé a des effets différents, suivant sa nature, n'est pas nouvelle. Déjà Liebig attribuait les dents excellentes de la population de la Westphalie à l'usage du pain noir grossier. Plus le pain est mou et glutineux, plus il en reste entre les dents pour former les acides buccaux nuisibles. Du pain noir, fait avec de la farine de seigle et recouvert d'une croûte de l'épaisseur du doigt, n'est pas très glutineux et, pour le broyer, il faut une mastication puissante ; l'afflux abondant de la salive qui en résulte entraîne tous les restes de pain qui séjournent entre les dents. Partout où l'on consomme du pain noir ferme, on remarque une muqueuse buccale tendue et saine, malgré une hygiène buccale défectueuse. Le pain noir grossier remplace la brosse à dents, nettoie celles-ci et conserve la gencive en bon état.

1. *Röse.* Supplément du dimanche au *Freiburger Tageblatt*, n° 25, 1894.
2. *Miller.* Les micro-organismes de la cavité buccale.

Un fait connu, c'est que la résistance des dentures aux influences nocives est très différente. Moins une dent a reçu de sels de chaux pendant sa formation, plus elle est molle, plus elle succombe facilement à la carie.

Les dents d'un gris sale à teinte bleuâtre, les dents crayeuses et les dents blanc-jaunâtre à teinte mate et terne sont molles, nous le savons par expérience, et se carient rapidement, tandis que les dents d'un jaune brillant et d'un jaune blanc se carient lentement. La carie gagne rapidement en étendue chez les dents molles d'un gris bleu. L'ivoire gris-bleu des molaires est souvent amolli sur toute la surface jusqu'à la surface d'émail avant que la pulpe soit mise à nu. Par contre, sur les dents dures et jaunes, la carie s'étend en profondeur à partir d'un petit trou à la surface de l'émail et l'on est tout étonné de découvrir au fond d'une cavité étroite en forme de cratère une pulpe exposée.

Dans mes visites des écoles de Fribourg, j'ai constaté ce fait surprenant que les jeunes garçons de 14 à 18 ans des écoles professionnelles avaient en moyenne de bien meilleures dents que les enfants des écoles communales de 7 à 14. Ce fait ne peut s'expliquer que par la provenance du dehors d'un plus grand nombre de jeunes apprentis à meilleure dentition.

Des questions qui leur furent posées, il résulte que les mieux dentés venaient presque exclusivement des pays riches en sels de chaux. Cela m'engagea à établir si la constitution du sol a une influence sur la bonne ou la mauvaise structure des dents et agit par suite sur leur destruction plus ou moins rapide par la carie.

Les environs de Fribourg se prêtaient merveilleusement à mes recherches. Le cœur de la Forêt-Noire autour de Fribourg se compose de gneiss dépourvu de chaux. Toutes les sources qui prennent naissance dans cette région donnent une eau très douce, presque dépourvue de chaux. Sur les versants de la Forêt-Noire, du côté de la plaine du Rhin, on trouve au contraire, dans le voisinage immédiat de Fribourg, du terrain de trias et du terrain jurassique contenant de la chaux. De même les sources du Kaiserstuhl (terrain basaltique) et l'eau du Rhin contiennent de la chaux. J'ai visité dans les environs de Fribourg une série de localités, les unes avec un sol calcaire, les autres avec un sol non calcaire ; les résultats de ces examens sont contenus dans le tableau suivant :

A. *Localités dont le sol est pauvre en chaux.*

LOCALITÉS	FORMATION GÉOLOGIQUE	DURETÉ DE L'EAU	ENFANTS EXAMINÉS	POURCENTAGE D'ENFANTS atteints de carie	DENTS EXAMINÉES	POURCENTAGE DES DENTS de lait malades	POURCENTAGE des dents permanent s malades	POURCENTAGE de toutes les DENTS MALADES
Fribourg. École communale ...	Gneiss		3460	98,7	82907	31,6	26,2	35
Fribourg. Écoles supérieures. ..	»	1,70	2248	97,6	58742	30,5	22,9	27.2
Fribourg. Total.	»	à	5706	98.3	141649	31.4	24,6	31,7
Güntersthal et Herdern.......	»	2,80	118	96,6	2803	47	22.3	34,6
Oberried........	»		111	98.2	2693	42	20	28.2
Waldkirch.	»		518	99,2	12091	32	25	36,9

B. *Localités dont le sol contient de la chaux.*

Wolffenweiler et Ebringen......	Calcaire jurassique. Terrains tertiaires. Conglomérats.....	16,8°	219	91,8	5295	40	10,2	21,9
Uffhausen	Calcaire jurassique...........	14-19°	162	87,7	3915	33,5	11,9	20,7
Ihringen........		11,7-12.8	530	70,8	12699	21	5	12.4

Dans les écoles supérieures de Fribourg, j'ai constaté un meilleur état des dents que dans les écoles communales, ce qui s'explique en partie par ce fait que les couches supérieures de la population ont plus de soins de leurs dents ; de plus, parmi les habitants aisés de Fribourg, il y a beaucoup d'émigrés de contrées calcaires. En même temps, j'ai constaté que l'opinion générale d'après laquelle les classes pauvres auraient de meilleures dents que les classes riches n'est pas fondée partout.

Si l'on compare les villages de Güntersthal, Herdern, Oberried et Waldkirch pauvres en sels de chaux, avec ceux de Wolffenweiler, Ebringen, Uffhausen et Ihringen, riches en sel de chaux, on remarque des différences frappantes en faveur des derniers. Ces différences sont surtout caractéristiques si l'on compare les deux villages de Güntersthal et d'Uffhausen qui ne sont qu'à 3 kil. l'un de l'autre à vol d'oiseau.

En comparant les 2 groupes de localités on trouve les chiffres suivants :

	Enfants examinés	Pourcentage d'enfants atteints de carie	Pourcentage de toutes les dents malades
1° Ecole communale de Fribourg.	3.460	98,7	35
2° Localités pauvres en chaux...	747	98,7	35,3
3° — riches — ...	911	79	16,1

Partout dans les régions calcaires on trouve en majorité les dents dures, jaune brillant et blanc-jaune ; partout dans les régions pauvres en chaux les dents pâles, blanc-jaune et bleu-gris.

Les différences dans les deux groupes s'expliquent aisément par ce genre de vie : à Ihringen et à Oberried on mange le pain noir le plus ferme. A Fribourg et à Waldkirch on préfère, au contraire, un pain de froment spongieux.

Le fait qu'une alimentation pauvre en chaux influe défavorablement sur la structure des dents n'est nullement étonnant. On sait qu'on peut produire artificiellement chez les animaux le rachitisme au moyen d'une alimentation pauvre en chaux pendant la croissance. Il est hors de doute également que les dents d'animaux rachitiques sont moins bien calcifiées. L'ivoire et l'os sont des tissus analogues. Toute influence nocive, agissant sur le tissu osseux pendant son développement, se fait aussi sentir sur les dents et *vice versa*.

C'est pour cela que la population à mauvaises dents des vallées pauvres en chaux de la Forêt-Noire et de la Forêt de Thuringe possède en moyenne une structure osseuse tendre et que les enfants souffrent souvent du rachitisme. Dans les contrées pauvres en chaux, les coquilles d'escargot sont extraordinairement minces et les poules pondent des œufs à coquille mince.

Pour qu'on ne me reproche pas d'avoir fait porter mes recherches sur une région trop petite, je les ai étendues à la Thuringe, c'est-à-dire au duché de Saxe-Cobourg-Gotha et à la principauté de Schwarzbourg-Sondershausen. J'ai visité principalement des villages et des petites villes à population sédentaire.

Dans mes recherches à Fribourg, j'ai établi deux catégories de dents malades : les unes cariées avec pulpe vivante, les autres mortes avec pulpe morte. En Thuringe, je n'ai distingué que les dents saines et les dents malades. Par malade, j'entends une dent dans le foyer de maladie de laquelle une sonde pointue à racine pénètre facilement (carie avec ramollissement). Une dent avec décoloration légère est considérée comme saine.

Pour porter un jugement sur la structure des dents, j'ai noté chaque fois la couleur de la denture, en n'établissant que 3 distinctions : jaune, blanc-jaune, bleu-gris. Dans la catégorie moyenne, les dents d'un blanc-jaune brillant ne sont pas séparées des dents pâles ; de même les dents crayeuses sont comptées avec celles d'un bleu-gris.

Comme les erreurs isolées qui ont pu se glisser dans ma statistique en raison du grand nombre de localités examinées se compensent les unes les autres, le résultat général de la fixation de la

couleur peut être considéré comme se rapprochant beaucoup de la réalité.

Les localités riches en sels de chaux sont toutes situées dans le nord de la Thuringe sur du calcaire conchylien et du trias supérieur, à l'exception de Plaue qui est dans la forêt de Thuringe.

Les localités pauvres en sels de chaux sont situées sur les hauteurs et dans les vallées de cette Forêt sur du granit, du porphyre, du mélaphyre, du schiste argileux permien et cambrien. Comme on ne peut porter aucun jugement sûr relativement à la quantité d'eau contenue dans l'eau de source d'après la constitution géologique du sol, j'ai dû déterminer la dureté des diverses eaux potables au moyen de l'hydrotomètre et d'une solution de savon.

Les résultats de mes examens sont consignés dans les tableaux suivants :

A. *Localités dont le sol est pauvre en sels de chaux.*

LOCALITÉS	FORMATION GÉOLOGIQUE	DURETÉ DE L'EAU	NOMBRE DES ENFANTS EXAMINÉS	POURCENTAGE des enfants atteints de carie	NOMBRE DES DENTS EXAMINÉES	POURCENTAGE DES DENTS DE LAIT MALADES	POURCENTAGE des dents malades permanentes	POURCENTAGE de la totalité des dents malades	Couleur des dents. BLANC	BLANC-JAUNE	BLEU-GRIS
Steinbach - Hallenberg.	Terrain permien et porphyre avec dépôts calcaires.	4°	622	90,7	15018	37	14,3	25,1	165	380	76
Gross - Breitenbach.	Schiste argileux cambrien.	2,8°5,3°	511	96,7	12445	46,4	19,2	30	111	394	6
Dietharz.	Porphyre permien.	1,9°	129	95,3	3102	45,7	19,7	31,5	9	49	71
Tambach.	Terrain permien	1,1°	364	98,1	8741	45,3	19,1	30,6	23	139	202
Cursdorf.	Schiste argileux cambrien.	2.8°	145	97,3	3635	51,5	27	35,2	8	131	6
Finsterbergen.	Terrain permien	1,7°	190	97,4	4636	56,1	22,1	37	11	162	17
Mehlis.	Granit.	1,2°	718	98,9	17671	55,2	23	36,4	42	550	126
Zella St-Blasii.	Granit.	1,2°	616	98,4	15063	57,8	25,1	38	27	487	102
Neustadt (Schwarzbourg).	Mélaphyre.	5,6°	110	98,2	2707	54,6	24,2	36	6	104	»
Neustadt (Meiningen).	Mélaphyre.		190	99	4706	62	27,2	39,6	22	162	6
	Total. . .		3595		87724						

B. *Localités dont le sol est riche en sels de chaux.*

LOCALITÉS	FORMATION GÉOLOGIQUE	DURETÉ DE L'EAU	NOMBRE DES ENFANTS EXAMINÉS	POURCENTAGE des enfants atteints de carie	NOMBRE DES DENTS EXAMINÉES	POURCENTAGE DES DENTS DE LAIT MALADES	POURCENTAGE des dents malades permanentes	POURCENTAGE de la totalité des dents malades	Couleur des dents. JAUNE	BLANC-JAUNE	BLEU-GRIS
Westgreussen.	Trias supérieur houiller.		120	74,2	2552	17	5,4	10,2	92	28	
Kirchengel.	Calcaire conchylien supérieur.		59	88	1460	20,7	5,3	10,9	44	15	
Clingen.	Trias supérieur houiller.	32,8° 40	227	73,6	5394	21,7	6,1	12,8	154	71	2
Wasserthaleben	Calcaire conchylien supérieur.		99	80,8	2417	25,2	5,2	12,9	71	28	
Westerengel.	Id.		103	82,5	255	26,8	4,3	13,4	81	22	
Oberspier.	Id.	31°	145	75,9	3575	27,4	5,5	13,5	99	46	
Jechaburg.	Calcaire conchylien inférieur.	16,8°	52	79	1297	30	8,3	15,3	37	14	1
Greussen.	Trias supérieur houiller.	35°	591	81,4	14460	29,3	6,9	15,5	411	179	1
Schernberg.	Calcaire conchylien supérieur.	28°-44°	215	80	5295	27,7	7,5	15,6	163	52	
Feldengel.	Calcaire conchylien supérieur, trias supérieur houiller.		59	76,3	1132	29,4	7,2	15,7	47	12	
Gross-Keula.	Calcaire conchylien moyen.	36°	121	82,6	2924	26,3	10	16,8	95	26	
Holzthaleben.	Calcaire conchylien supérieur.	29°	196	80,6	4796	29,8	8,2	16,9	148	48	
Holzengel.	Id.		76	93,4	1883	39,4	6,3	19,2	56	20	
Plaue.	Calcaire conchylien.	5°9-20,1°	284	90	7098	39,2	9,9	21,3	164	119	1
Gross Brüchter.	Calcaire conchylien supérieur.	26°	57	93	1393	36,3	14,1	23	42	15	
Rohnstedt.	Trias supérieur houiller.		23	95,5	544	44,5	9,5	24,8	7	14	2
Sondershausen, école professionnelle, 6-14 ans.	Calcaire conchylien.		146	95,2	3631	47,6	13,4	24,8	122	73	2
Id. 15-19 ans. Id. —	Id.	20°-22°	51	80,4	1426		12,4	12,4			
Sondershausen, école normale.	Id.		84	95,1	2044	47,8	14,1	27	33	45	6
	Total.......		2708		66526						

Le village de Steinbach-Hallenberg, dans lequel je supposais à l'avance une eau très pauvre en chaux, m'offrit un intérêt tout particulier, car les enfants y ont relativement beaucoup de dents bon-

nes et jaunes, contrairement à ce qu'on remarque dans les localités voisines de Tambach, Mehlis, etc. L'examen de l'eau du lieu fournit l'explication attendue : elle donne 4° de dureté ; la chaux qu'elle contient provient de dépôts calcaires isolés dans un terrain qui en est dépourvu.

Les habitants des localités pauvres en sels de chaux désignées ci-dessus sont parmi les plus pauvres de toute l'Allemagne. Ils gagnent leur vie pour la plupart au moyen d'industries domestiques, objets de métal, jouets, faïences, fabrication des allumettes et de travaux forestiers. Ils ne se livrent à l'agriculture que juste pour cultiver le seigle et les pommes de terre qui leur sont nécessaires. L'élevage du bétail se fait dans une mesure très restreinte. Pendant la plus grande partie de l'année, ils se nourrissent de pain noir, de pommes de terre et de café de chicorée.

Dans les localités riches en sels de chaux, au contraire, habite une population aisée qui vit principalement d'agriculture et d'élevage. Un pain de seigle dur, à croûte épaisse, constitue la nourriture principale et, à l'exception de quelques localités, on ne mange de viande que le dimanche. Un aliment très répandu en Thuringe, auquel on peut imputer tout spécialement la carie rapide des dents, c'est le gâteau. Les paysans des localités riches en sels de chaux, situées loin de la ville, consomment surtout du gâteau. Il y a des localités dans lesquelles on fait du gâteau 3 fois par semaine. Le café et le gâteau composent le repas de midi. Ce gâteau est fait de farine de froment, de lait, de beurre ou d'huile et de sucre, et cuit sur de grandes tourtières rondes. Les gens aisés y mettent, outre beaucoup de sucre, des amandes, du raisin de Corinthe, etc.

En été et en automne, on y ajoute des baies, des tranches de pomme, des prunes et autres fruits. La consommation de ce gâteau varie avec les localités : en général, elle diminue à mesure que celle de la viande augmente. On trouve les plus mauvaises dents dans les deux groupes de localités où l'on mange le plus de gâteau. Dans le pauvre village industriel de Mehlis, les ouvriers mangent presque uniquement du pain noir dur, tandis que les ouvrières consomment plus de plats sucrés, de gâteau et de pommes de terre. Les dents des premiers, d'aussi mauvaise structure que celles des secondes, se conservent saines beaucoup plus longtemps. Ce fait provient de la différence d'alimentation.

La petite localité riche de Rohnstedt est célèbre dans la contrée pour ses mauvaises dents. Indépendamment de l'inconduite qui y règne depuis plusieurs générations, la raison de ce fait curieux réside dans l'abus démesuré de gâteaux et de pâtes glutineuses (*tüschel*).

A Gross-Brüchter je n'ai pu examiner que la moitié des enfants et je crois que l'autre moitié possède de meilleures dents. A Plaue, on consomme beaucoup de gâteau ; il faut ajouter à cela que les fontaines y sont alimentées pour la plupart par la Gera, pauvre en sels de chaux ; l'eau de cette rivière est très employée.

J'ai rencontré les plus mauvaises dents de toutes les localités

riches en sels de chaux à Sondershausen, ville située à la limite du grès bigarré et du calcaire conchylien. Les conduites des sources sont pourtant riches en sels de chaux et à Jechaburg, qui est voisin, les dents sont passablement bonnes. A Sondershausen on mange beaucoup de pain blanc et la jeunesse y consomme beaucoup de friandises.

A l'école professionnelle les élèves les plus âgés (de 15 à 19 ans) possèdent des dents notablement meilleures que les jeunes (7 à 14 ans). Ce fait provient de ce que, parmi les premiers, il se trouve un plus grand nombre de jeunes gens des communes voisines à bonnes dents. A Sondershausen j'ai constaté le même fait qu'à Fribourg : les enfants aisés de l'école professionnelle possèdent de meilleures dents que ceux moins aisés de l'école normale.

En général, dans les deux grands groupes de localités visitées, les conditions d'existence funestes aux dents se contrebalancent. Si dans les localités pauvres en sels de chaux la consommation fréquente de pommes de terre nuit aux dents, par contre, dans les localités riches en sels de chaux l'usage répandu des gâteaux est également nuisible.

Si l'on laisse de côté dans le 1er groupe Steinbach-Hallenberg, peu riche en sels de chaux, on tire cette conclusion que dans la localité de la zone calcaire (Sondershausen) où les dents sont les plus mauvaises, elles sont cependant meilleures que dans celle de la zone dépourvue de calcaire (Gross-Breitenbach) où elles sont les meilleures. On arrive donc pour la Thuringe aux résultats suivants :

	Enfants examinés.	Pourcentage des enfants atteints de carie.	Pourcentage des dents malades.
1° Localités pauvres en sels de chaux.	2.973	98	34,9
2° — contenant des —	2.708	82,8	16,7

La concordance de ces résultats avec ceux donnés par les environs de Fribourg est frappante. Les voici rapprochés :

I. Localités pauvres en sels de chaux.

	Pourcentage des enfants atteints de carie.	Pourcentage des dents malades.
Duché de Bade.........	98,7	35,3
Thuringe..............	98	34,9

II. Localités contenant des sels de chaux.

	Pourcentage des enfants atteints de carie.	Pourcentage des dents malades.
Duché de Bade.........	79	16,1
Thuringe..............	82,8	16,7

Des deux côtés il y a dans les localités pauvres en sels de chaux plus de deux fois autant de mauvaises dents que dans celles contenant ces sels. Tandis que les premières localités donnent 1,3 à 2 0/0 d'enfants exempts de carie, les secondes en donnent de 17, 2 à 21 0/0.

La cause de ce fait ne peut provenir que de ce que, dans les contrées pauvres en sels de chaux, par suite de la faible absorption de chaux du corps, pendant son développement, les dents sont moins

bien calcifiées et se carient conséquemment beaucoup plus vite que celles qui sont bien calcifiées sous l'influence d'une nourriture végétale molle. La preuve péremptoire de cette assertion nous est donnée par la détermination de la couleur faite en Thuringe.

I. Localités pauvres en sels de chaux.

Couleurs des dents.	Nombre des dents.	Pourcentage.
Jaune...............	259	8,9
Blanc-jaune..........	2.178	73,1
Bleu-gris et crayeux..	535	18,0

II. Localités contenant des sels de chaux.

Jaune...............	1.866	68,9
Blanc-jaune..........	827	30,6
Bleu-gris et crayeux..	15	0,5

Ainsi, dans les localités riches en sels de chaux, les dents d'un jaune brillant, à bonne structure, sont de beaucoup les plus nombreuses ; dans les localités pauvres en sels de chaux, ce sont les dents blanc-jaune et bleu-gris.

Malheureusement l'influence des divers aliments ne peut pas être établie avec la même certitude que celle du manque de chaux dans l'alimentation. Il n'est pas aisé du tout d'obtenir des données exactes sur l'alimentation moyenne d'une population. Pour me former une opinion sur la fréquence de la consommation du pain noir, du pain blanc ou du gâteau, j'ai prié, dans les cas douteux, les enfants que j'examinais de me montrer leur déjeuner.

En tenant un compte exact des divers moyens d'alimentation je suis arrivé à la conviction que les résultats expérimentaux de Miller, qui impute à la décomposition des aliments végétaux la carie des dents, sont absolument confirmés par la pratique. Parmi tous les aliments féculents c'est le pain de seigle dur, bien sec, à croûte épaisse, qui est le moins nuisible aux dents, tandis que le pain blanc, les gâteaux et les pommes de terre leur sont très nuisibles. Le Dr Berten, de Würzbourg, qui a examiné 3.350 enfants, est arrivé à des conclusions tout à fait semblables.

En Thuringe, comme dans le duché de Bade, les enfants des écoles n'observent les soins de bouche que dans une mesure très restreinte. Sur les 6.303 qui y ont été examinés, comptant 154.250 dents, 27 enfants étaient porteurs de 63 obturations (y compris l'école professionnelle de Sondershausen, qui, à elle seule, compte 11 enfants avec 22 obturations).

Dans diverses localités ravagées dans ces dernières années par des épidémies de diphtérie, je fus surpris de voir chez les enfants de 13 et de 14 ans de très bonnes dents, par opposition avec les plus jeunes. Notamment chez les plus âgés, les premières molaires restantes étaient plus souvent saines que chez les plus jeunes. On ne peut expliquer ce fait qu'ainsi : ce sont précisément les enfants à mauvaises dents qui sont les plus frappés par les formes malignes de la diphtérie, de la pneumonie et autres maladies infectieuses.

Miller et autres ont prouvé que la plupart des champignons qui engendrent des maladies naissent dans la bouche mal tenue d'hommes sains. La mesure préventive la plus efficace, lors de la survenance d'une épidémie, consiste dans tous les cas à observer une hygiène buccale rigoureuse.

La plupart des observateurs prétendant que, chez les femmes, la carie se présente beaucoup plus souvent que chez les hommes et que cette différence se constate déjà chez les enfants, j'ai tenu à vérifier cette assertion et j'ai conséquemment examiné séparément en Thuringe les garçons et les filles, sauf dans un petit village. Voici le résultat de cet examen :

I. Localités pauvres en sels de chaux.

	Enfants examinés.	Nombre des dents de lait.	Dents de lait malades.	Dents permanentes.	Dents malades permanentes.
Garçons..	1.760	18.939	9.316 = 49,2 0/0	23.912	4.923 = 20,6 0/0
Filles....	1.835	17.625	8.863 = 50,3 0/0	27.324	6.031 = 22,1 0/0

II. Localités contenant des sels de chaux.

Garçons..	1.444	13.943	4.250 = 30,4 0/0	21.509	1.818 = 8,4 0/0
Filles....	1.241	11.172	3,364 = 30,1 0/0	19.535	1.675 = 8,1 0/0

Il résulte de ces chiffres que la différence entre les garçons et les filles, en ce qui concerne la fréquence de la carie, est très faible. Dans les localités contenant des sels de chaux les filles ont des dents un peu meilleures. Le parallèle de l'examen des garçons et des filles en Thuringe donne les chiffres suivants :

	Enfants examinés.	Dents examinée.	Dents malades.	Pourcentage des dents malades.
Garçons............	3.204	78.303	20.307	26
Filles..............	3.076	75.656	19.834	26,2

De même que pour leur développement général, les filles devancent les garçons pour leur changement de dentition.

3.204 garçons possédaient 32.882 dents de lait, 45.431 dents permantes.

3.076 filles possédaient 28.797 dents de lait, 46.859 dents permanentes.

Les enfants de 6 à 14 ans possèdent donc en moyenne :

les garçons 42 0/0 de dents de lait, 58 0/0 de dents permanentes.

les filles 38 0/0 de dents de lait, 62 0/0 de dents permanentes.

Il ressort avec assez d'exactitude des chiffres qui précèdent que la carie dentaire est une affection endémique plus ou moins étendue suivant les localités et la question se pose de savoir comment on peut l'enrayer de la façon la plus efficace.

Les règles d'hygiène ne peuvent être répandues d'une façon suffisante que si elles sont inculquées aux enfants dans les écoles publiques. En Angleterre la *British Dental Association* a obtenu que des dentistes avec traitement fixe soient attachés à certaines écoles publiques pour examiner les dents des élèves de temps à autre et les soigner gratuitement. En Allemagne la *Verein badischer Zahnärzte* a entrepris, sur mon initiative, une visite générale de toutes les écoles supérieures du duché de Bade. Des dentistes de bonne

volonté se sont, sur d'autres parties de l'Allemagne, en Suède, en Danemark et en Hongrie, imposé la tâche d'examiner un nombre plus ou moins grand d'écoliers. Pour ma part, j'en ai examiné 13.667, comptant 233.339 dents, auxquels il faut ajouter les 253 hommes de la prison de Fribourg, comptant 7.608 dents, que j'ai examinés aussi. Les résultats de ces examens devraient suffire à convaincre les gouvernements allemands de la nécessité de mesures hygiéniques dans les écoles communales. Sans penser à des dentistes appointés attachés aux écoles, les gouvernements devraient songer à faire enseigner aux enfants de ces écoles l'utilité de posséder de bonnes dents. Voici le système que je proposerais à cet égard :

1° Enseigner d'abord aux professeurs et élèves des écoles normales l'utilité d'une hygiène dentaire et buccale bien comprise au moyen d'un ouvrage clair.

2° Introduire dans les livres de lecture des écoles une note courte sur cette hygiène.

3° Placer dans chaque salle d'école un tableau mural représentant la dentition de l'homme, une brosse à dents et un cure-dents pour l'enseignement par les yeux.

4° Encourager les instituteurs par des prix pour l'observation de cette hygiène.

5° Distribuer gratuitement aux enfants pauvres des brosses à dents et des cure-dents et accorder également des prix pour les dents les mieux soignées.

On ne peut pas changer si vite les habitudes funestes aux dents. Un palais accoutumé au pain blanc ne peut s'habituer que petit à petit au pain noir. On ne peut aussi que restreindre peu à peu la consommation du gâteau ; mais l'usage des friandises devrait être sévèrement réprimé chez les enfants de nos écoles.

Dans les contrées pauvres en chaux on devrait faire venir la farine et les légumineuses de contrées riches en chaux et consommer beaucoup d'aliments contenant une grande quantité de chaux.

Les recherches faites confirment mon hypothèse que la teneur en chaux des divers aliments végétaux varie prodigieusement suivant les terrains. La teneur en chaux des cendres pures de seigle et de froment est de 3 0/0 en moyenne et varie de 0, 9 à 11 0/0. D'après les expériences de Herspath la cendre du froment cultivé sur le même terrain contient, la 1re année, 1, 36 0/0, la 2e année 0,96 0/0, la 3e année 0, 90 0/0 de chaux. La richesse en chaux d'un sol pauvre en chaux est donc bientôt épuisée. Le froment et le seigle ne donnent d'ailleurs de bonnes récoltes que sur un sol contenant de la chaux.

Dans le seigle les couches extérieures, plus riches en albumine, contiennent en même temps une quantité de chaux plus grande que le cœur.

La farine de seigle contient 1, 97 0/0 de cendres pures, dont 1, 02 0/0 de chaux.

Le son de seigle contient 8, 22 0/0 de cendres pures, dont 3, 47 0/0 de chaux.

Un pain noir grossier, auquel le son est mélangé, contient dès lors la plus grande quantité possible de chaux.

Dans la farine de froment la cendre de la farine fine du cœur doit contenir une plus grande quantité de chaux. On ne doit pas perdre de vue toutefois que la teneur totale en cendres des couches extérieures du grain de froment est infiniment plus grande que celle du cœur.

Farine de froment fine : 0, 51 0/0 de cendres pures, dont 7, 48 0/0 de chaux.

Farine de froment grossière : 0, 84 0/0 de cendres pures, dont 6, 32 0/0 de chaux.

Son de froment grossier : 5, 5 0/0 de cendres pures, dont 3 0/0 de chaux.

En général il faut considérer comme la meilleure farine celle qui s'obtient avec des grains décortiqués d'après le procédé de Uhlborn et n'est pas moulue trop fin.

Deux sortes de pain de froment hongrois analysées ont donné les résultats suivants :

Pain riche de boulanger (pain blanc) : 2, 16 0/0 de cendres et 0, 09 0/0 de chaux.

Pain de ménage grossier : 2, 74 0/0 de cendres et 0, 24 0/0 de chaux.

Le pain de froment grossier est donc infiniment plus riche en chaux que le pain blanc riche.

Le seigle de la région de Tambach, pauvre en sels de chaux, contient seulement 0,04 0/0, celui d'Eisenach seulement 0, 013 0/0 de chaux.

Les autres céréales (épeautre, orge, avoine, maïs) et les pommes de terre sont à peu près au même rang que le seigle et le froment quant à leur teneur en chaux (en moyenne 3 0/0 de cendres pures). La teneur moyenne des cendres pures des légumineuses est plus grande :

Fèves de marais (vicia faba) : 5 0/0.
Haricots communs (phaseolus) : 6, 4 0/0.
Pois : 5 0/0.
Lentilles : 6 0/0.

Parmi les aliments végétaux, les légumes verts contiennent la plus grande quantité de cendres et de chaux.

Les carottes, dans 5, 57 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 11, 34 0/0 de chaux.

Les asperges, dans 7, 26 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 10, 85 0/0 de chaux.

Les choux-raves, dans 8, 17 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 10, 97 0/0 de chaux.

Les radis, dans 7, 23 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 14, 94 0/0 de chaux.

Les céleris, dans 11, 04 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 13, 11 0/0 de chaux.

Les oignons, dans 5, 10 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 10, 34 0/0 de chaux.

Les choux-fleurs, dans 11, 27 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 18, 68 0/0 de chaux.

Les choux d'Espagne, dans 16,65 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 29,40 0/0 de chaux.

Les choux blancs, dans 20, 40 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 27, 80 0/0 de chaux.

Les épinards, dans 16, 48 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 11, 80 0/0 de chaux.

Les laitues pommées, dans 18, 03 0/0 de cendres pures, contiennent en moyenne 14, 68 0/0 de chaux.

L'aneth, dans 15, 03 0/0 de cendres pures, contient en moyenne 22, 53 0/0 de chaux.

La teneur en chaux de ces légumes varie naturellement dans de larges limites suivant les terrains.

Parmi les aliments animaux la viande contient de 0,8 0/0 à 1,8 0/0 de cendres dont 0, 9 à 7, 5 0/0 (en moyenne 2, 4 0/0) de chaux, c'est-à-dire passablement peu. Les œufs et le lait sont, au contraire, très riches en chaux. Les œufs de poule donnent en moyenne :

Blanc : 4, 61 0/0 de cendres, dont 2, 78 0/0 de chaux.

Jaune : 2, 91 0/0 de cendres, dont 13, 04 0/0 de chaux (surtout du phosphate).

Œuf entier : 3, 48 0/0 de cendres, dont 10, 91 0/0 de chaux.

Lait.

Lait de femme : 0, 5 0/0 de cendres pures, dont 16, 64 0/0 de chaux (soit 0 gr. 832 par litre).

Lait de vache : 0, 35 à 1, 2 0/0 de cendres pures, dont 22, 42 0/0 de chaux.

Lait de brebis : 0, 8 0/0 de cendres pures, dont 31 0/0 de chaux.

Lait de chèvre : pour une teneur en graisse de 7, 14 0/0, les cendres pures donnent 30, 8 0/0 de chaux ; pour une teneur en graisse de 3, 93 0/0, elles ne donnent que 20, 89 0/0 de chaux.

Pour donner au corps et aux dents, dans les contrées pauvres en sels de chaux, la quantité de chaux qui leur est nécessaire, les enfants devraient consommer beaucoup de lait, d'œufs et de légumes verts. Il est vrai que les légumes riches en chaux ne viennent pas bien dans les terrains pauvres en chaux ; mais on peut y remédier en marnant ceux-ci, et la marne riche en sels de chaux coûte bon marché partout.

Une alimentation riche en chaux n'est pas seulement importante pour la bonne structure des dents, mais aussi pour le développement total du système osseux. L'addition de petites quantités de phosphate de chaux dans l'alimentation journalière serait donc absolument à sa place dans les contrées pauvres en sels de chaux.

Sur les hauteurs de la forêt de Thuringe des troupeaux de gros gibier sont enfermés dans des parcs. L'Administration des forêts fait donner à ces animaux à certains endroits de grandes quantités de chaux moulue, parce que le sol en contient fort peu. On a constaté

que le gibier nourri avec de la chaux devient plus vigoureux et a un meilleur bois.

Avant tout les femmes enceintes doivent prendre une alimentation très riche en chaux, d'une part dans l'intérêt de leurs dents, d'autre part dans l'intérêt de celles de leur enfant.

L'examen des dents dans les villages de Cursdorf et de Neustadt, où l'industrie des allumettes s'exerce dans chaque maison et où la nécrose phosphorée fait des victimes, m'a offert un intérêt particulier. A Cursdorf on fait des allumettes suédoises principalement et hors de la localité une fabrique seulement se livre à cette fabrication. A Neustadt, au contraire, il y a 8 fabriques, petites et grandes, dans la localité même. En outre, dans chaque maison cette industrie est très étendue et occupe des enfants qui vont à l'école; l'haleine de ceux-ci a une odeur de phosphore marquée.

Les dents des enfants des écoles dans ces deux localités présentent un pourcentage extraordinairement élevé de carie. Je m'étonne seulement qu'à Neustadt la nécrose phosphorée ne survienne pas plus souvent.

Je m'attends à ce que les gouvernements intéressés interviennent en faveur d'une meilleure hygiène buccale, principalement à Neustadt.

(Extrait de la *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.*)

Les recherches du Dr Röse sont excessivement intéressantes et si elles pouvaient susciter des travaux analogues dans différents pays, cela ferait le plus grand honneur aux dentistes. L'hygiène dentaire a une portée humanitaire et biologique considérable. Le problème dont traite M. Röse est si complexe, les facteurs en présence si nombreux qu'on peut errer, en ne groupant que certains faits, malgré des apparences de bonne direction.

M. Röse attribue pour la plus grande part les mauvaises dents de certaines populations observées par lui à la pauvreté en sels de chaux du sol et des eaux, et, pour une part adjuvante, à l'alimentation avec du pain mou et avec des gâteaux. Pour l'alimentation, nous n'y contredisons pas; pour l'origine tellurique, nous exprimons des doutes, car l'hypothèse de notre savant confrère est en contradiction avec ce qu'on observe en France, non seulement sur une étendue restreinte comparable à la Thuringe (observations de M. Duché dans le département de l'Yonne), mais encore sur une grande aire géographique, ainsi qu'on le verra plus loin.

Les premiers, M. d'Omalius d'Halloy [1] et M. Duché [2] ont essayé de montrer la relation entre la constitution géologique et la texture des dents [3]; leurs conclusions sont en opposition absolue avec celles

---

1. *Bullet. de la Soc. d'anthr.* T. II, 2e série, p. 101.

2. Duché, *Sur la perte des dents considérée au point de vue du recrutement dans le département de l'Yonne. Bullet. de la Soc. d'anthr.* T. IV, 2e série, p. 610.

3. P. Dubois, *Les dents des Français.* Comptes rendus du premier Congrès dentaire international, 1891, p. 45.

de M. Röse. Pour eux les populations vivant sur les terrains calcaires ont de mauvaises dents, tandis que celles vivant sur les terrains granitiques ont de bonnes dents. A notre avis, les faits ne sont pas actuellement assez nombreux pour pouvoir établir des conclusions fermes. Malgré les apparences logiques, l'hypothèse qui attribue à l'insuffisance calcique du sol les mauvaises dents des populations a contre elle des faits si nombreux que, pour l'accepter, on devra faire des recherches dans les différents pays. A ce titre, une étude aussi consciencieuse que celle de M. Röse est un document de haute valeur.

P. D.

Voici ce que nous disions en 1889 sur les rapports de la constitution géologique et la distribution géographique des édentés :

LA CONSTITUTION GÉOLOGIQUE

La composition des couches superficielles du sol a-t-elle des relations causales avec la texture des dents? M. d'Omalius d'Halloy et M. Duché le pensent. A l'appui de cette hypothèse on a des faits bien curieux. Pour l'Yonne, M. Duché a trouvé que les populations vivant sur les terrains primitifs ont de bonnes dents, tandis que celles vivant sur les terrains crétacés supérieurs et sur le tertiaire en ont de mauvaises. Les grandes lignes de la carte géologique de la France ne sont pas en désaccord avec cette théorie.

On notera pourtant des exceptions. La Mayenne est presque aussi granitique que le Morbihan, et elle n'est pas pour cela favorisée à l'égard du système dentaire (Morbihan, 73; Mayenne, 857). Malgré quelques affleurements du terrain carbonifère, le Nord est géologiquement peu dissemblable de l'Aisne et de la Somme, et pourtant il s'en écarte notablement comme chiffre des exemptés pour perte des dents : Nord, 417; Aisne, 1027 ; Somme, 2751. Les Ardennes sont en grande partie sur des terrains primitifs et secondaires, et ce département n'en est pas moins un des derniers dans notre série (le n° 82 avec 1730 exemptés).

On ne se rend pas bien compte comment les terrains calcaires prédisposeraient à la carie dentaire, car si vraiment la vulnérabilité des dents est due à un déficit alimentaire en sels de chaux, pourquoi les régions où les sels calciques abondent, où ils sont charriés par les eaux en grande quantité, où il y a surcalcification des végétaux, sont-elles celles dont les habitants ont de mauvaises dents, tandis que le plateau central et la presqu'île armoricaine, où ces sels sont moins abondants, ont des habitants à bonnes dents? Le contraire serait bien plus explicable et a été invoqué par le Dr Maurel pour expliquer la fréquence de la carie dentaire chez les Indiens de la Guyane. Dans ce pays, l'insuffisance calcaire du sol et des eaux qui l'arrosent est reconnue : cela, au dire M. Maurel, entraîne des désordres osseux : ossification normale très lente (l'ossification réparatrice à la suite de fractures serait de même). L'éruption de la dent de sagesse s'y ferait tardivement. Les phénomènes coïncidant avec la fréquence de la carie dentaire auraient une explication naturelle et si, pour la France, on faisait les même remarques, le rôle nutritif de la chaux du sol, son influence sur la texture des dents seraient surabondamment prouvés. Nous venons de voir que les rapprochements mènent à des conclusions opposées.

Nous pouvons demander à la géographie médicale d'autres éléments d'appréciation. On a attribué à l'alimentation végétale, aux eaux po-

tables très calciques la production de la lithiase urinaire ; l'hypothèse est plausible, et, si elle se justifie, elle doit nous donner quelques éclaircissements sur la valeur de la prédominance des éléments calcaires dans l'alimentation, comme facteur de la constitution fondamentale des tissus dentaires. Les bonnes dents devraient être fréquentes là où l'on rencontre beaucoup de calculeux et d'athéromateux, les mauvaises là où ils sont rares.

Civiale a dressé une statistique des calculeux pour dix départements et elle donne pour 100.000 habitants les proportions suivantes, que nous mettons en parallèle avec celles des édentés :

Noms des départements	Calculeux	Edentés
Var	16	445
Haute-Marne	15	624
Aube	9	531
Deux-Sèvres	8	91
Seine-et-Marne	7	710
Lot	3	197
Lozère	3	104
Sarthe	2	780
Tarn	2	230
Landes	0.3	2.089

Nous ne voyons dans les quelques chiffres ci-dessus qu'une indication susceptible d'être modifiée par un travail plus étendu ; pourtant il faut remarquer que les chiffres sont assez en accord avec l'observation du Dr Maurel sur les habitants de la Guyane et contraires à l'opinion de M. Duché.

Les Landes ont très peu de calculeux et beaucoup d'édentés. Le Var, la Haute-Marne, l'Aube et les Deux-Sèvres, qui, par contre, ont un nombre relativement élevé de calculeux, n'occupent pas (sauf la Haute-Marne) un très mauvais rang sur notre carte ; encore ce dernier département avec 824 exemptés pour mauvaises dents, se trouve-t-il beaucoup meilleur que les Landes et les départements picards ou normands. Il résulte de cela que, si l'influence géologique doit être invoquée, on ne peut actuellement expliquer pourquoi les terrains primitifs de l'Auvergne et de la Bretagne portent des populations à bonnes dents, tandis que les terrains à minéraux calciques de la Beauce, de la Normandie, de la Champagne, de l'Aquitaine, sont l'habitat des populations à dents peu résistantes. Cette distribution géographique est en contradiction avec ce que nous savons actuellement sur le rôle de l'alimentation et les boissons riches en sels de chaux et, par suite, avec l'hypothèse de l'action tellurique.

L'influence prépondérante et directe de la nature du sol comme facteur de la carie dentaire ne peut donc être reconnue.

L'influence indirecte est moins contestable : la constitution géologique des couches supérieures du sol a des conséquences économiques évidentes, les difficultés de culture du terrain granitique de la Bretagne, l'altitude et les difficultés de communication sur le plateau Central ont préservé longtemps les populations auvergnates et bretonnes de mélanges ethniques fréquents et, pour cette raison, elles ont conservé leurs caractères originels, dont l'un était un appareil dentaire solide.

(*Loc. cit.*, p. 45 et suiv.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TROISIÈME EXAMEN POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le troisième examen qui avait été annoncé officiellement pour la date du 11 février, n'a commencé qu'à la date du 18 mars.

Malgré la longueur de la préparation on n'est pas parvenu à l'établir dans des conditions tant soit peu sérieuses et cette troisième épreuve, la véritable épreuve dentaire, a été le plus souvent un simulacre où l'art du dentiste tenait peu ou point de place.

Nous aurons à revenir, dans notre prochain numéro, sur les conditions de cet examen.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL DE BORDEAUX

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Article 1er. — Les membres des bureaux doivent se réunir dans la ville désignée, le jour qui précède l'ouverture du Congrès, en une séance d'installation, pour régler l'ordre des discussions et statuer sur les questions financières et administratives.

Ils délibèrent en commun et décident à la majorité des voix.

Les bureaux réunis sont présidés par le président du bureau national ; à son défaut, par le président du bureau local ou par un vice-président de l'un des deux bureaux, la préférence étant donnée au plus âgé.

Art. 2. — Les membres des bureaux sortants ont de même une séance de clôture, après la dernière séance du Congrès. Dans cette réunion, ils nomment :

1° Une commission de cinq membres chargée de la publication des travaux du Congrès ;

2° Un délégué chargé de la liquidation définitive.

Ils approuvent les comptes du trésorier, décident l'emploi des fonds et transmettent leurs pouvoirs au nouveau bureau. Les membres de ce dernier peuvent assister à la réunion : ils ont seulement voix consultative.

Art. 3. — En dehors de ces deux séances réglementaires, les bureaux se réunissent pendant la durée du Congrès, autant de fois que cela est nécessaire.

Art. 4. — Les assemblées générales sont présidées par le président du bureau national ; le banquet de clôture par le président du bureau local.

Les séances de sections et celles de démonstrations sont présidées par les présidents et vice-présidents, d'après les désignations des bureaux réunis.

En cas d'empêchement du président du bureau national, le président du bureau local, puis les vice-présidents, le remplacent dans l'ordre établi plus haut.

Art. 5. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie et physiologie normales et pathologiques ;

2° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale ;

3° Prothèse et orthopédie dentaires ;

4° Déontologie et enseignement.

Art. 6. — Les questions traitées seront de deux ordres :

Les unes proposées à l'avance, par le comité d'organisation ; les autres librement choisies.

Le titre, un résumé des communications et un exposé des démonstrations doivent être communiqués par leur auteur un mois à l'avance, au secrétaire général du bureau national.

Art. 7. — Toute communication ou démonstration peut être refusée si elle n'est pas produite réglementairement, ou si elle est jugée sans intérêt scientifique ou professionnel.

Les démonstrations auront lieu dans la matinée, de 9 à 11 heures. Les communications orales, l'après-midi, de 2 à 4 heures.

Art. 8. — Il est nommé un rapporteur pour ouvrir la discussion sur chacune des questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

Les conclusions de ces rapports sont imprimées et distribuées aux congressistes avant l'ouverture de leur discussion. Les rapporteurs et les auteurs de communications auront vingt minutes pour la lecture de leurs rapports ou communications ; les orateurs qui leur répondront ne pourront parler plus de dix minutes sans un vote de l'assemblée.

Art. 9. — Il sera décerné une médaille d'or à l'auteur de la meilleure communication ou démonstration faite devant le Congrès. La désignation sera faite par les membres du Congrès à l'assemblée générale de clôture sur une liste de trois noms proposés par les bureaux réunis.

Comité de publication

Art. 10. — Il est composé de cinq membres auxquels sont adjoints le président et le trésorier sortants du bureau national. Il décide l'insertion des communications en tout ou partie dans les comptes rendus des travaux du Congrès.

Article additionnel. — Des dentistes résidant à l'étranger peuvent faire partie du Congrès. Les communications et discussions doivent se faire en français.

PREMIÈRE LISTE D'ADHÉRENTS AU CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Alaux	Toulouse.
Bailly	Paris.
Barral	Bordeaux.
Barié	—
Billet	Paris.
Bioux L.	—
Blocman	—
Bonnard	—
Brethenoux	Bordeaux.
Brugeille E.	—
Brugeille W.	—
Camoin	Marseille.
Charbonneau	Bordeaux.
Clerc	—
Cludius	Grenoble.
Coignard	Nantes.
Coisset	Bordeaux.
Crignier	Paris.
D'Argent	—
Daralle	Bordeaux.
Detour Dr.	—
Debray fils	St-Germain.
Devoucoux	Paris.
Diparraguerre	Bordeaux.
Dubois	Paris.
Dumora	Bordeaux.
Dunogier Dr.	—
Edwards	Biarritz.
Fiels-Robinson	Bordeaux.
Fontaine	—
Gautier	—
Godon	Paris.
Grimard	Bordeaux.
Grimaud	Carcassonne.
Guénard Dr.	Bordeaux.
Guillot Dr.	Lyon.
Haënel Jonas	Bordeaux.
Heïdé	Paris.

Hélot...........	Brest.
Hitts............	Bordeaux.
Jean F.........	Paris.
Lacouture.......	Bordeaux.
Lafforgues.......	—
Lamaison........	Orthez.
Laserre....... .	Bordeaux.
Lecaudey Dr.....	Paris.
Legret..........	—
Lehmans (Mme)...	Cognac.
Lehmans........	—
Lemerle.........	Paris.
Lot.............	Bordeaux.
Magub..........	Paris.
Marion (de)... ..	—
Martinier........	—
Mendelshon.....	Montpellier.
Mirebeau........	Bordeaux.
Monnin..........	Le Mans.
Papot...........	Paris.
Pascarel.........	Bordeaux.
Péau...........	Bordeaux.
Pope	Royan.
Poeydebasque...	Bayonne.
Prest............	Paris.
Prével..........	—
Rollans Dr.......	Bordeaux.
Ronnet..........	Paris.
Rousset.........	Bordeaux.
Roy Dr..........	Paris.
Sablayrolles.....	Nantes.
Sarradon........	Pau.
Sauvez Dr.... ..	Paris.
Seigle...........	Bordeaux.
Thioly....	Nancy.
Torre E	Bordeaux.
Torre G.........	—
Vasseur.........	Paris.
Védrennes......	Biarritz.
Viau......... ..	Paris.
Wiesner........	Nantes.

Total : 78.

LIVRES ET REVUES

Par M. P. Dubois.

The Anatomy and pathology of the teethby. C. W. Bödecker, D. D. S. M. D. S. with 325 illustrations. Adopted by the national Association of Dental Faculties as a text book for dental students. Philadelphia. S. S. White Dental manufacturing Co 1894.

Ce livre a le mérite d'être l'œuvre d'un praticien doublé d'un savant, la recherche de laboratoire y est guidée par l'observation, par les préoccupations que soulèvent l'opération ou la pathologie appliquée.

De cette alliance, il résulte des études d'une grande valeur scientifique et utilitaire : la réaction de la dentine en présence des obturations, la pulpite et la périostite dans leurs aspects cliniques, les effets de l'arsenic sur la pulpe dentaire.

Sans le microscope, la pathologie des tissus dentaires n'est qu'un ensemble de généralités plus ou moins exactes, où les vues de l'esprit se substituent à la connaissance des faits. M. Bödecker l'a bien compris et les belles illustrations qui expliquent et documentent son texte sont presque toutes des reproductions de coupes microscopiques.

Dans un ouvrage de cette importance, tous les chapitres n'ont pas la même valeur : l'empyème du sinus méritait une explication plus ample, la détermination des caractères histologiques du ligament alvéolo-dentaire est un peu arriérée et l'auteur ne mentionne même pas les idées de Ranvier et de Malassez sur les différences de ce

ligament avec le périoste des os. Il dit : « The pericementum.... is a » formation of fibrous connective tissue identical with the perios- » teum which covers all bones (p. 255). »

Ces critiques de détail et d'autres que nous pourrions faire n'infirment pas la grande valeur de l'ensemble.

Ce beau livre, fruit de nombre d'années de travail et superbement illustré par la maison White, fait honneur à l'auteur, à l'éditeur et au pays qui l'ont produit.

Bulletin et actes de la Société des Dentistes du Sud-Ouest : Comité de publication : MM. Mirebeau, Grimard et Rousset, de Bordeaux. Imprimerie administrative Ragot.

Il n'est pas sans mérite d'avoir fondé la première société provinciale en France, d'avoir su comprendre l'avantage qu'il y avait pour le progrès professionnel à coopérer à l'œuvre du premier Congrès Dentaire National. Cela dénote une vue claire des intérêts généraux et la volonté de les servir.

Les comptes rendus que nous avons sous les yeux renferment des observations intéressantes et des discussions bien conduites.

La Société des Dentistes du Sud-Ouest va être récompensée de ses heureuses initiatives et le Congrès va lui donner un élan tout nouveau qui lui assurera une place prééminente parmi les sociétés professionnelles.

Del rimpiantamento dei denti. Communicazione fatta al XI Congresso medico internazionale di Roma da Raffaele Papa, chirurgo dentista dell Ospedale clinico di Napoli. Napoli, Tipografia Francesco Giannini, 1894.

Cette communication est un assez bon résumé de l'état de la question et dénote un ensemble de connaissances scientifiques et pratiques qui fait honneur à son auteur.

PUBLICATIONS REÇUES

Catalogue Contenau et Godart, fils, 8, rue du Bouloi.

Ire PARTIE

Métaux précieux, appareils en platine pour laboratoire.
Matériel, outillage et articles spéciaux pour prothèse dentaire.

NOUVELLES

Le banquet de l'Association générale des Dentistes de France et de l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le samedi 20 avril.

Nous sommes heureux d'annoncer que M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, et M. Stévenin, démonstrateur, sont chargés du service dentaire qui vient d'être organisé par M. le Maire du VIIIe arrondissement pour les enfants des écoles communales.

The Dental Hospital de Londres et *The Dental School Guy's Hospital* ont porté leurs droits de scolarité à 1250 francs.

Il vient de se former une nouvelle société provinciale en Angleterre, *The North of England Odontological Society*, dont le siège est à Newcastle on Tyne.

Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal espagnol, *El estomatologo*, publié à Madrid sous la direction de MM. Cancela et de Huebes. Nos meilleurs souhaits à notre nouveau confrère.

HONNEUR NATIONAL AU DENTISTE MORTON

Le nom de Morton vient d'être inscrit sur la base du dôme de la nouvelle Chambre des représentants à Boston, parmi ceux des cinquante-trois citoyens les plus illustres du Massachusetts, à côté de ceux de Franklin, Agassiz, Bell, l'inventeur du téléphone, etc.

AVIS

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

PROGRAMME DU CONCOURS POUR LA NOMINATION D'UN PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE

ART. I. — Le Conseil de direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination d'un professeur suppléant de thérapeutique spéciale.

La première séance du concours aura lieu le mardi 9 juillet 1895 pour l'examen des titres des candidats ; les séances ultérieures seront fixées par le jury.

JURY

ART. II. — Le jury sera composé de trois professeurs de cours théoriques. Leurs noms seront tirés au sort. Il leur sera adjoint les deux professeurs titulaires du cours de thérapeutique spéciale. Le concours aura lieu en présence du Directeur de l'École et d'un délégué du Conseil.

Les candidats devront avoir satisfait aux différentes obligations établies par le règlement intérieur du 4 décembre 1894.

Epreuves

Art. III. — 1° *Epreuve sur titres.*

Elle sera subie à la première séance, d'après les dossiers remis par le secrétaire général et les explications orales qu'on pourra demander aux candidats. Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 40 points; 10 pour titres universitaires, 15 pour travaux scientifiques, 15 pour titres dentaires : postes de chef de clinique, de démonstrateur, occupés antérieurement et services rendus à l'Ecole ou à la profession ;

2° *Epreuve de clinique.*

Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 20 points. Elle consiste dans l'examen d'un malade, en une explication clinique de l'affection et du traitement indiqué. Elle se termine par une opération d'urgence exécutée sur le malade examiné, ou sur tout autre choisi par le jury.

3° *Epreuve écrite.*

Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 20 points. Elle consiste dans la rédaction d'une dissertation faite en moins de deux heures et demie et sans s'aider de livres ou de notes. Cette dissertation sera tirée au sort entre 10 questions, communiquées huit jours à l'avance aux candidats ; elle sera lue devant le jury qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

4° *Epreuve orale.*

Pour cette épreuve, il est accordé un maximum de 40 points. Elle consiste en une leçon orale de quarante minutes, sur un sujet du cours donné trois jours à l'avance par le jury. Les candidats pourront s'aider de notes.

Les points obtenus pour chaque épreuve seront communiqués aux candidats après chacune d'elles

Sauf l'épreuve sur titres, toutes les autres seront publiques.

Le minimum est fixé à 80 points. Ce chiffre obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Il n'est pas dérogé aux conditions établies dans le règlement intérieur du 4 décembre 1894, en ce qui concerne la nomination, les fonctions et les droits des membres du corps enseignant.



NÉCROLOGIE

G. Audy.

Nous avons eu la pénible surprise d'apprendre la mort d'un de nos collègues, M. Gustave Audy, décédé à Compiègne dans sa 44e année.

M. Audy avait été un des premiers souscripteurs de l'Ecole Dentaire de Paris et avait obtenu son diplôme en 1883.

En 1892 il fut élu membre du Conseil de direction de l'Association Générale des Dentistes de France.

Praticien très estimé dans sa ville, il était président de la Société de Sport nautique qu'il avait fondée.

M. Viau, ami de la famille, nous représentait à ses obsèques.

Que son père, ainsi que notre collègue du Conseil, M. Francis Audy, agréent nos sentiments de condoléance.

GODART.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Godart père, fondateur de la maison Contenau et Godart fils, décédé à Clamart, dans sa 67e année.

Vers 1860, la vente du platine était à peu près monopolisée par une seule maison en France pour qui la clientèle dentiste était sans considération.

M. Godart comprit qu'on pouvait la servir, qu'il y avait une place à prendre. Il la prit et sut la garder.

Tous ceux qui ont connu cet homme de bien seront péniblement affectés de sa disparition.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ALLOCUTION DE M. DUBOIS, PRÉSIDENT

Messieurs et chers confrères,

Cette année a été très décisive pour la profession et nous avons vu la loi de 1892 produire ses premières conséquences : certaines ont été des plus heureuses, d'autres l'ont été beaucoup moins. Nous espérions que tous les dentistes bénéficieraient des dispositions transitoires et que la loi serait appliquée avec tous les ménagements dont on a entouré en Angleterre la mise en vigueur du *Dentist's Act* ; il n'en a pas été ainsi malheureusement et de ce côté nous avons éprouvé quelques déceptions ; nous aurons donc à défendre ceux de nos confrères qui ont été victimes de l'ambiguïté des textes ou de la sévérité avec laquelle ils ont été appliqués.

La reconnaissance d'utilité publique a enlevé à nos Sociétés leur caractère d'unité et leur a imposé une dualité que nous n'avons pas souhaitée et que nous n'aurions pas réalisée dès maintenant. Aussi, pour réagir dans la mesure du possible contre cette influence séparatiste, vos assemblées et vos Conseils ont-ils tâché d'atténuer cette division et de maintenir notre groupement aussi uni que les textes nous le permettent. En ne laissant pas dévier nos efforts dans des directions diverses, nous avons fait de la concentration — pour employer un mot qui revient à la mode — et c'est grâce à elle que nous avons franchi une passe difficile entre toutes.

Que se serait-il passé si nos adversaires avaient pu arguer de nos divisions, de notre animosité réciproque ? Nous ne leur avons pas donné ce spectacle ; aussi les résultats bienfaisants de cette politique de conciliation ne se sont-ils pas fait attendre.

Nous avons pu obtenir pour nos diplômés — et, dans cette circonstance, l'Association a agi de concert avec la Société civile —

une dispense d'examen. Nous avons obtenu un abaissement des droits élevés qu'on nous réclamait — 960 francs — qui ont été réduits à 260 fr. et les dentistes se sont trouvés ainsi mieux traités par l'Administration que les officiers de santé.

Nous avons obtenu que les représentants de l'Ecole aient place dans les jurys du 3e examen et que cet examen se passât ici même, dans cette salle. L'Administration peut, il est vrai, revenir sur ces actes de justice, sur ces concessions qu'elle considère peut-être comme provisoires, mais il est bien évident que ces faits n'en constituent pas moins des précédents heureux dont le présent et l'avenir bénéficieront.

Nous avons obtenu enfin le rejet des crédits. L'Administration était d'un côté, l'enseignement libre de l'autre, et c'est celui-ci qui l'a emporté. Nous avons obtenu aussi une sorte de reconnaissance légale et il est maintenant bien établi que notre Ecole a le droit de délivrer des inscriptions. C'est là un événement si gros de conséquences que mon ami Godon, dans une entrevue qu'il avait avec un des plus hauts fonctionnaires de l'Instruction publique, voyait cette interprétation mise en doute par ce dernier.

Ce sont là des succès dont nous pouvons être fiers, car, pendant le 2e semestre de 1893, il y avait bien des inquiétudes parmi nous : nous nous demandions si nous allions pouvoir durer. La réponse, l'année 1894 nous l'a donnée. Beaucoup d'entre nous se disaient : Est-ce que la rançon de la loi de 1892 ne sera pas le sacrifice de l'œuvre de notre génération ? Eh bien, nous avons fini l'année avec cette pensée consolante que l'existence de l'Ecole est assurée en droit et en fait.

Mais alors, va-t-on dire, que devient l'Association? Une superfétation. Il n'en sera pas ainsi. Puisque la reconnaissance d'utilité publique a enlevé certaines attributions à la Société de l'Ecole, elles devienent notre lot; il est encore considérable.

Nombre de dentistes n'ont pas passé par l'Ecole, son œuvre d'enseignement les laisse indifférents. Les intérêts que nous défendons ici les rallieront.

Nous avons le bonheur de vivre dans cette grande ville dont quinze siècles d'histoire ont fait le centre de l'activité intellectuelle et scientifique de notre pays.

Les premières manifestations de la renaissance du mouvement et de la vie professionnels s'y sont produites il y a quinze ans. Aujourd'hui le mouvement se diffuse, notre rôle n'est pas fini pour cela. Est-ce parce que, il y a quinze ans, nous avons planté un arbre autour duquel poussent des rejetons, qu'il faut abattre cet arbre? Non certes, il a toujours sa place, car on verra avant peu qu'il n'a pas donné tous ses fruits.

Société centrale et sociétés régionales ont leur raison d'être, elles s'aideront et se compléteront réciproquement, à condition qu'on comprenne partout, au nord, au centre et au sud, que les intérêts sont identiques, qu'il n'y a pas opposition et incompatibilité entre les vœux des dentistes parisiens et ceux des dentistes qui exercent

à Rouen, à Bordeaux, à Marseille, et que, les uns et les autres, nous ne serons forts et écoutés que si nous les présentons au nom de tous.

Il y a longtemps que nous avons compris qu'en matière d'organisation professionnelle dans notre pays, la vie doit être au centre et à la périphérie. C'est pourquoi mon ami Godon a proposé une organisation des sociétés provinciales avant que la première se formât.

C'est pourquoi j'ai propsé en 1891 et en 1894 l'organisation de Congrès dentaires régionaux, congrès dans lesquels les dentistes parisiens ont le rôle d'initiateurs, mais rien que cela.

Les congrès futurs seront l'œuvre de ceux qui y participeront. Règlement, représentation des villes où ils se tiendront, tout sera décidé par les congressistes eux-mêmes.

Sur ce point, comme sur plusieurs autres, nos Sociétés n'ont qu'un mérite : celui de mettre la machine en marche, sans avoir la prétention d'imposer ses conducteurs.

Comme la British Dental Association, comme l'American Dental Association, notre Société a un rôle de groupement général, elle le remplira en laissant aux sociétés sœurs leur autonomie, leur liberté d'action pour le plus grand bien de tous. *(Applaudissements.)*

RAPPORT ANNUEL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Par M. le Dr Roy

Messieurs et chers Confrères,

Chargé suivant l'usage de vous faire un rapport sur la gestion du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, je vais passer rapidement en revue les divers événements intéressant l'Association survenus depuis un an, en indiquant la direction imprimée par votre Conseil au groupement dont vous lui avez confié la charge.

Vous vous souvenez des débats passionnés qui marquèrent l'assemblée générale de l'année dernière. L'Association à cette époque était profondément divisée. En dehors d'une question de personnalités au sujet des élections, une question importante était en jeu : la fusion du journal de la Société avec un organe concurrent, la *Revue internationale d'Odontologie*, rédigé par un certain nombre de membres de l'Association. Ce fut là la cause de vifs débats qui se terminèrent par le triomphe de la politique d'union et par le succès des partisans de la fusion dans les élections qui suivirent.

Dans une seconde assemblée générale, l'Association affirma à nouveau son désir d'union en approuvant le traité de fusion de l'*Odontologie* avec la *Revue Internationale d'Odontologie.*

Aujourd'hui, un an après la fusion, nous pouvons nous demander quel a été le résultat de cette mesure et s'il a été conforme aux prévisions des pessimistes de l'année dernière.

Je ne m'étendrais pas sur ce sujet s'il ne s'agissait que de la rédaction ; vous avez pu tous, en effet, juger des améliorations qui

y ont été apportées et du soin constant de faire de ce journal un organe de progrès capable de rivaliser avec les meilleurs confrères de l'étranger et de conserver le premier rang parmi les journaux français. Mais ce qu'il faut savoir, c'est le résultat au point de vue financier. C'était sur ce point surtout qu'avaient porté les critiques des adversaires de la fusion. Je me contenterai de vous donner lecture du passage suivant du rapport fait au Conseil par le gérant des journaux fusionnés, M. Dubois; il n'est pas besoin d'autre chose pour vous éclairer :

« Le nombre des abonnés a augmenté de plus d'un tiers.

» Actuellement nous avons des lecteurs dans tous les pays du monde, principalement en Suisse, en Italie, en Espagne et dans l'Amérique du Sud. Dans ces pays l'*Odontologie* porte les travaux de notre corps enseignant et montre l'activité scientifique et professionnelle que nous avons fait naître.

» Les résultats de notre première année de gestion sont encourageants.

» Notre traité fixait un chiffre minimum et un chiffre maximum, les chiffres donnés ci-dessous montrent que nous avons presque atteint le maximum et il est à espérer que, si la progression continue, l'Association sera dégrevée d'une partie de sa subvention, tout en ayant le journal dentaire le plus important et le plus lu. »

Je n'ajouterai que quelques mots à ce que je viens de lire, c'est que ces résultats sont dus par-dessus tout au zèle infatigable de notre excellent président, M. P. Dubois, qui, avec une activité sans égale, assume la lourde charge de la direction du journal de l'Association, et nous pensons que l'assemblée s'associera avec plaisir au vote du Conseil félicitant M. Dubois pour les beaux résultats de sa gestion.

Le fonctionnement de la Caisse de prévoyance et de la Chambre syndicale n'a rien présenté de bien saillant pendant le cours de l'année écoulée. La Caisse de prévoyance est toujours dans une situation prospère, n'ayant eu à payer qu'une somme très minime pour un secours.

La Chambre syndicale a eu à intervenir dans deux expertises, l'une adressée par le tribunal de commerce de la Seine, l'autre par la justice de paix du 18e arrondissement, et les membres de la Chambre syndicale ont eu la satisfaction de concilier ces deux affaires.

La reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole a obligé à scinder en deux groupes distincts celle-ci et l'Association. Il y avait danger à accentuer le dualisme entre deux groupements de même origine et d'intérêts identiques ; c'est ce que vous avez compris en indiquant à diverses reprises votre désir de bon accord et d'action en commun des deux Sociétés ; et c'est pour faciliter cette entente que nous vous proposons quelques petites modifications aux Statuts.

En présence des divers groupements qui s'opèrent en province, nous avons pensé qu'il convenait d'assurer d'une façon plus large la représentation des membres de province au sein du Conseil d'ad-

ministration; cela fait l'objet d'une autre proposition qui va vous être également soumise dans quelques instants.

En 1894 ont eu lieu, pour la première fois, les examens pour le nouveau diplôme de chirurgien-dentiste. Cela a été pour nos confrères la source de grosses préoccupations, justifiées par l'aléa d'un examen à programme mal défini, mais que la majorité des candidats a néanmoins subi avec succès.

Le Conseil de direction n'a pas manqué une occasion de défendre les intérêts de ceux qui postulaient le nouveau diplôme; c'est ainsi que notre président a fait auprès de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, une démarche en vue d'obtenir la diminution des droits d'inscription de 960 francs qui étaient primitivement demandés et qui, grâce aux efforts de nos deux Sociétés, ont été abaissés à 250 francs.

Nous ne négligeons pas non plus les intérêts des dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires, qui auront toujours l'appui de notre Association.

Nous avons vu avec regret les poursuites dirigées contre les patentés de 1892; c'est malheureusement le résultat de la rétroactivité de la nouvelle loi qui a été si vivement combattue par nous au moment du vote de celle-ci.

Dans la mesure de nos forces nous avons essayé d'atténuer le plus possible les fâcheux effets de cette mesure.

Le local de l'Ecole a été prêté aux patentés de 1892 pour y tenir une réunion qui a été présidée par M. Roger, notre avocat consultant.

Nous avons eu le plaisir de réunir les membres de l'Association et de l'Ecole dans notre banquet annuel, qui a eu lieu sous la présidence de M. Chautemps, député de la Seine, assisté de MM. Brisson, Berry et Mesureur, également députés de la Seine. Tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'y assister ont encore présent à l'esprit le souvenir de cette bonne soirée dont le succès a été complet. Une médaille d'or a été offerte à notre président honoraire, M. Lecaudey, à l'occasion du cinquantenaire de son entrée dans la profession.

Enfin, cette année, pour la première fois, va avoir lieu un Congrès régional annuel; votre Association ne se tient pas en dehors du mouvement et elle va prendre part, en la personne de deux délégués, M. Martinier et votre secrétaire général, à la préparation de ce Congrès. Il doit avoir lieu à Bordeaux, du 16 au 18 août, et nous espérons que tous vous tiendrez à honneur d'assister à cette réunion professionnelle, qui s'annonce comme devant être des plus intéressantes.

Rapport de M. Billet, trésorier

J'ai l'honneur de vous soumettre les résultats de la situation financière de l'Association pour l'exercice 1894, dont vous avez reçu le détail sur les convocations qui vous ont été adressées.

Je sais ce qu'un rapport de trésorier a d'aride; aussi serai-je bref, les chiffres seuls seront éloquents en cette circonstance.

Nous possédions en caisse, au 1er janvier 1894, la somme de 11.358 francs ainsi décomposée :

5.778 francs en espèces,

5.580 francs en valeurs.

L encaisse s'est élevé, au 1er janvier 1895, à 12.765 fr. 64, soit une augmentation de 1.407 fr. 64. Sur l'avis du Conseil de Direction, j'ai fait l'achat de 13 obligations foncières s'élevant à la somme de 5.884 fr. 25, ce qui nous donne à ce jour en valeurs.. 11.464 fr. 25

et en espèces.. 1.291 [illegible] 39

Soit au total.. 12.755 fr. 64

Je suis heureux de vous présenter une situation aussi prospère ; mais le nombre des adhérents à l'Association augmente tous les jours et, si nos finances ont atteint un si brillant résultat, c'est grâce à notre cohésion et à la solidarité qui n'a jamais fait défaut dans notre profession. Je vous prie donc, messieurs, de vouloir bien approuver les comptes que je viens de vous présenter.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 19 JANVIER 1895

Présidence de M. Dubois, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Roy, secrétaire général. — Le procès-verbal de la dernière réunion de l'Association a été publié au journal, il n'y a donc pas lieu d'en donner lecture. Toutefois, si quelqu'un a des observations à présenter, je suis prêt à les recevoir.

M. Richer. — Vous parlez de l'assemblée générale d'il y a un mois ?

M. Roy. — Non, mais de celle du 27 janvier 1894.

Le procès-verbal, mis aux voix, est adopté.

M. Dubois. — La parole est à M. le secrétaire général pour la lecture de la correspondance.

M. Roy. — La correspondance comprend des lettres de MM. Torrens, Tournier-Daille, Rousseau et Hamonet, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance, et de M. Gillard qui rappelle avoir donné sa démission (Il lit ces lettres).

M. Dubois. — Au sujet de la lettre de M. Gillard, il me semble qu'on a fait revenir ce dernier sur sa démission de membre de l'Association ; quant à sa démission de membre du Conseil, elle a été acceptée — avec regret, je dois le dire — et figure avec sa date au procès-verbal.

M. Dubois. — La parole est à M. le Secrétaire général pour la lecture de son rapport.

M. Roy donne lecture de ce document.

M. Dubois. — Si quelques membres ont des observations à présenter sur ce rapport, ils pourront le faire après avoir entendu le rapport de M. le trésorier.

M. Billet, trésorier, donne lecture de son rapport.

M. Dubois. — Quelqu'un a-t-il des observations à formuler sur les deux rapports qui viennent de nous être lus ?... Je mets ces rapports aux voix.

Les rapports, mis aux voix, sont adoptés à l'unanimité.

M. Dubois. — L'ordre du jour porte des modifications à nos statuts. Ces modifications sont peu importantes, sauf celle relative à la constitution d'une représentation provinciale dans notre Association. Si vous dési-

rez présenter d'autres modifications, il est clair que vous en avez le droit.

M. Dubois donne lecture de l'art. 7 ancien et ajoute : « Votre Commission a modifié cet article parce que certains membres font partie de l'Association uniquement pour avoir le journal, sans contribuer aux œuvres de nos Sociétés, et pourtant ces membres, en présence d'un malheur professionnel, pourraient nous demander un secours que notre Caisse de prévoyance ne leur refuserait sans doute pas. Il y a donc là un avantage et c'est pour cela que nous libellons ainsi l'art. 7 :

« Les membres titulaires paient une cotisation de 10 francs exigible d'avance. Le service gratuit du journal sera fait aux membres de l'Association qui font partie de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. »

M. Richer. — *L'Odontologie*, étant l'organe de l'Association, doit être servie à tous les membres moyennant le versement d'une subvention laquelle est prélevée sur la cotisation payée par les membres. Tout ce que nous pouvons demander, c'est qu'on fasse partie, autant qu'il est possible, des deux Sociétés, quoique, d'autre part, payer deux cotisations ce soit peut-être beaucoup.

M. Claser. — Quand on a présenté le projet de modification de l'art. 7 au Conseil, je l'ai voté; mais depuis, il a été formulé des observations qui m'ont influencé. Si l'on adopte le nouvel art. 7, il faut supprimer l'art. 8.

M. Roy. — Notre proposition peut paraître excessive, mais c'est revenir à ce qui se passait avant la séparation des deux Sociétés : à ce moment on payait 20 francs et on faisait partie de l'une et de l'autre ; actuellement pour 10 francs on fait partie de l'Association, de la Caisse de prévoyance, de la Chambre syndicale et on reçoit le journal, alors que l'abonnement seul coûte 10 francs en France et 12 francs à l'étranger !

M. Tusseau. — Je trouve cette proposition mauvaise. Les membres de la Société de l'Ecole ont plusieurs avantages : les réunions de la Société d'Odontologie, les démonstrations pratiques, les cliniques, etc., tandis que ceux de l'Association ne profitent de la Société, ceux de province surtout, que par le journal ; il est donc bien naturel que ceux-ci soient mieux traités que les abonnés.

M. Godon. — Je comprends la valeur des objections présentées ; mais, en vous proposant le nouvel art. 7, on voudrait voir disparaître les membres qui ne font partie que d'une société seulement. Avant la reconnaissance d'Utilité publique, moyennant une cotisation de 20 francs on faisait partie des deux Sociétés, ou plutôt de tout notre groupement qui portait deux noms différents pour les invoquer à tour de rôle suivant les circonstances et les intérêts en jeu. Quand intervint la décision du Conseil d'Etat, on procéda à une division, purement fictive, qui n'a changé l'ancien état de choses qu'en apparence, car, aujourd'hui comme alors, tous les membres ont intérêt à faire partie de tout le groupement, qui constitue un ensemble complet, et, je le répète, la proposition n'a pour but que de faire rentrer tous les membres dans les deux Sociétés.

M. Tusseau. — Il est évident qu'il y a avantage pour les dentistes de Paris et de la banlieue à faire partie des deux Sociétés ; mais il n'en est pas de même pour ceux de la province.

M. Roy. — Si les membres de l'Association ont un journal intéressant, à qui le doivent-ils, sinon à la Société d'Odontologie et à l'Ecole ? Si le journal ne disposait pas de ces éléments *gratuits*, il lui en faudrait d'autres *payés* et cela entraînerait forcément une dépense que devraient supporter les membres de l'Association. Si donc les dentistes de province profitent de ces avantages, il faut qu'ils y contribuent par une cotisation.

M. Claser. — Les membres de l'Association bénéficient du journal,

dit-on ; mais dans une Société on bénéficie toujours de quelque chose, sans quoi on n'en ferait point partie. D'ailleurs, si nous en profitons, ceux de la Société civile en profitent aussi.

La somme de 10 francs est trop minime, dit-on, soit. On pourrait alors augmenter de 2 francs, par exemple, la part de ceux qui ne voudraient faire partie que de l'Association, puisque la Commission cherche à empêcher qu'on fasse partie d'une Société seulement et désire rétablir l'union dans toute sa force.

M. Richer. — Puisque les membres de l'Association ont droit au journal, je ne vois pas de quel droit vous voulez les en priver.

M. Douzillé. — Il y a un côté financier dans la question. Puisque autrefois les membres payaient une cotisation unique et faisaient partie des deux Sociétés, maintenant que celles-ci sont séparées, vous aurez certainement plus de membres de l'Association que de l'Ecole, parce que la corporation ne comprend que peu de praticiens ayant passé par elle ; alors servez-leur le journal avec une légère augmentation.

M. Loup. — Les parts ne sont pas égales, parce que les dentistes de province n'ont que faire de l'Ecole ; ce n'est donc pas à eux qu'il faut demander davantage, mais bien à ceux de Paris.

M. Paulme. — J'ai été trésorier de l'Association et j'ai vu les inconvénients de la cotisation de 10 francs. Des abonnés à 12 francs se mettaient de l'Association pour ne payer que 10 francs !

M. Lemerle. — Nous ne pouvons forcer un membre de province qui ne connaît pas l'Ecole à payer 20 francs ; mais nous pourrions fixer la cotisation à 12 francs pour l'Association et à 12 francs pour l'Ecole.

M. Richer. — Je propose que les membres des deux Sociétés payent 20 francs et ceux de l'Association seule de 12 francs.

M. Godon. — Je ne m'oppose pas à cette proposition, mais je tiens à exprimer le vœu que le Conseil que vous allez nommer fasse disparaître la dualité, puisqu'il n'y a en fait qu'une société, d'autant que le nombre des membres ne faisant partie que de l'Association n'est peut-être pas de 25 ! En réalité il y a un groupement rue de l'Abbaye et un groupement rue Rochechouart ; on paye une cotisation là-bas et une ici. J'émets le vœu que l'on fusionne les deux sociétés : Association et Ecole.

M. Tusseau. — L'an dernier déjà il était question de réunir les deux sociétés et ce serait encore la meilleure solution. Je demande que le bureau étudie les moyens de les fusionner.

M. Dubois. — Cette discussion prouve que, sur le fond, nous sommes d'accord, que nous avons les mêmes aspirations et aimerions à voir rétablir la situation antérieure à l'intervention du Conseil d'Etat. Les statuts qui nous ont été imposés nous opposent de grands obstacles pour arriver à la fusion pure et simple et nous mettent dans l'obligation de recourir à des moyens détournés pour l'obtenir. L'Ecole a besoin d'un appui ; il est bien naturel de faire appel à nos confrères, et ce n'est pas trop leur demander. C'est pour cela que nous avons rédigé notre article ainsi. La subvention de l'Association subsistera, si vous le votez ; elle restera ce qu'elle est. Quand M. Claser nous dit que le journal est l'œuvre de l'Association, il devrait dire qu'il est l'œuvre des dentistes français. Si le Conseil d'Etat nous avait permis de laisser le journal à l'Ecole, nous l'aurions fait, car c'est par elle et par la Société d'Odontologie qu'il existe et qu'il est ce que vous savez. C'est parce qu'il n'y a qu'un très petit nombre de nos confrères qui ne font pas partie de l'Association que nous pouvons prendre la mesure que nous vous proposons. Mais si véritablement nos confrères se disaient : « Pourquoi ne pas réaliser cette économie ? » ne pensez-vous pas que l'Ecole et la Société

d'Odontologie pourraient faire un journal de leur côté et que vous auriez alors deux organes, l'un consacré aux questions d'intérêts professionnels, l'autre aux questions scientifiques ? C'est pour cela que vous devez désirer que les deux Associations soient prospères et comptent beaucoup de membres, c'est pour cela que vous ferez bien de voter la modification.

M. Richer. — Les uns apportent leur science, les autres apportent leur argent.

M. Papot. — Sur les 10 francs il est versé 5 francs pour le journal ; ce n'est pas une subvention, c'est une attribution.

M. Roy. — Puisqu'on prévoit dans quelles conditions on n'aura pas le journal, il faut aussi examiner dans quelles conditions pourront l'avoir ceux ne faisant partie que d'une seule Société.

M. Richer demande le rejet pur et simple de l'article.

La proposition de M. Richer est mise aux voix et n'est pas adoptée.

L'art. 7 est mis aux voix et adopté.

M. Roy dépose et lit l'art. additionnel suivant : « Les membres faisant partie de l'Association seulement recevront le journal moyennant une cotisation supplémentaire de 5 francs. »

M. Claser propose 2 francs seulement.

M. Roy. — On ne fait pas partie de l'Association uniquement pour recevoir le journal.

M. Richer. — L'argument principal, c'est que 10 francs c'est trop bon marché ? Eh bien, mettez à 12 francs.

M. Dubois. — Dès l'instant que vous acceptez un supplément, il est insuffisant de le fixer à 2 francs.

La proposition de M. Richer est mise aux voix et repoussée.

L'amendement de M. Roy est mis aux voix et adopté.

M. Dubois donne lecture de l'art. 19 qui est ainsi conçu :

« Le Conseil de Direction se compose de 24 membres, français, jouissant de leurs droits civils et politiques, qui sont élus pour deux ans.

» Seize doivent résider dans le département de la Seine, huit dans les autres départements.

» Ces derniers sont répartis autant qu'il est possible entre les différentes parties de la France, de manière à servir de représentants et d'intermédiaires entre l'Association générale, les Associations régionales et les dentistes de la région. »

Il ajoute : Vous comprenez notre but : les 2/3 des membres du Conseil de Direction appartenant au département de la Seine pourraient assister régulièrement à ses réunions ; quant aux membres de province, il serait à désirer qu'ils fussent répartis dans les diverses parties de la France.

M. Tusseau. — Que porte l'ancien règlement ?

M. Dubois. — 20 membres. Nous augmentons ce nombre de 4 pour faire une part plus large à la province.

L'art. 19 est mis aux voix et adopté.

M. Dubois donne lecture de l'art. 22 :

« Sur la demande de cinq membres du Conseil ou sur celle du Conseil de Direction de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire Dentaires de Paris, les deux Conseils délibèrent ensemble sur les questions d'intérêt commun. »

Il ajoute : Cet article témoigne de notre préoccupation à tous ; il n'y a qu'avantage à le voter.

M. Papot. — Les membres faisant partie de deux Conseils auront-ils deux voix ?

M. Dubois. — Non.

M. Tusseau. — Pourquoi 5 membres ?

M. Dubois. — Parce que 5 est un nombre raisonnable ; un seul ne serait pas assez, et exiger la majorité ce serait trop demander.

M. Tusseau. — Pourquoi pas aussi 5 membres du Conseil de l'Ecole ?

M. Roy. — Parce que nous ne pouvons prendre la décision que pour l'Association.

L'art. 22 est mis aux voix et adopté.

M. Dubois donne lecture de l'art. 31 :

« 3° Le Comité de rédaction du journal l'*Odontologie*, organe de la Société, est composé de cinq membres, chargés de la rédaction du journal, de concert avec le Directeur du journal. Il leur est adjoint un représentant de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, un représentant de la Société d'Odontologie et, pendant la durée du traité avec la Société de publications odontologiques, quatre représentants de cette Société.

Il ajoute : « C'est la mise au point des modifications votées par l'Assemblée générale, c'est le résultat de la fusion. »

M. de Marion. — Puisque l'*Odontologie* dépend de l'Association, je demande si je puis poser une question concernant la rédaction de ce journal parce que, si j'attends la réunion de la Société d'Odontologie, on me répondra : « Ceci n'est pas de notre compétence. »

M. Dubois. — Il s'agit de la réclamation d'un membre de la Société d'Odontologie qui désire que sa communication soit publiée telle qu'elle a été faite, ou retirée. Cette question doit être traitée devant la Société d'Odontologie, elle regarde le bureau de celle-ci et le Comité de rédaction. Pour le moment nous avons à organiser ce Comité et c'est tout.

L'art. 31 est mis aux voix et adopté.

M. Dubois.— C'est par erreur que l'art. 36 a été porté sur la convocation comme devant être modifié, puisqu'il a déjà été modifié par une assemblée générale.

M. Richer. — J'ai demandé que les assemblées générales aient lieu le dimanche, après midi.

M. Blocman. — Je crois qu'il y a lieu de conserver les séances pour le samedi soir afin que le dimanche soit consacré en entier aux démonstrations scientifiques ; de cette façon, si les membres de province se dérangent, le profit sera plus grand.

M. Richer. — Je maintiens ma proposition. Une des raisons qui empêchent les dentistes de province de venir le samedi soir, c'est que le marché a souvent lieu ce jour-là et qu'on voit, par suite, davantage de clientèle. D'autre part, avec les séances du soir, comme les discussions se prolongent souvent assez tard, les dentistes de la banlieue partent avant le vote. Au contraire, le dimanche nous n'aurions pas ces inconvénients.

M. Blocman. — Les séances du dimanche sont, dites-vous, plus favorables. Mais, de deux choses l'une : ou vous venez pour les discussions de la Société, ou pour les démonstrations. Eh bien, avec notre système le samedi soir est consacré aux premières, le dimanche matin aux autres et, au besoin, l'après-midi !

M. Martinier. — Ce que demande M. Richer, c'est l'assistance à deux séances, de 9 heures du matin à 7 heures du soir. Mais trouve-t-il cela normal ? Ne vaut-il pas mieux avoir séance le samedi soir ?

M. Richer. — Vous ne connaissez pas la clientèle de province. Si vous voulez avoir les dentistes de province, faites-leur des concessions, ou bien, si vous n'en voulez pas, renvoyez-les.

M. Dubois. — Je proteste contre les paroles de M. Richer. Si nous organisons une séance de démonstrations pratiques pour demain, si nous insti-

tuons des Congrès régionaux, c'est justement pour maintenir la bonne entente entre tous les dentistes, quelle que soit la région où ils exercent.

La proposition de M. Richer, mise aux voix, n'est pas adoptée.

M. Dubois. — Un de nos collaborateurs les plus fidèles, les plus assidus, les plus zélés, a été M. Berthaux, de Soissons. Toutes les fois qu'il s'est agi de travailler pour l'Ecole et pour son bien, pour l'Association ou nos autres groupes, nous l'avons toujours trouvé sur la brèche. Mais nous ne pouvons ainsi mettre incessamment à contribution son activité qui ne se dément jamais. Aussi votre bureau vous propose-t-il de le nommer membre honoraire du Conseil de Direction de l'Association en récompense de ses bons services (*Marques d'assentiment et applaudissements*).

M. Berthaux. — Il y a deux ans vous m'avez nommé membre du Conseil de Direction ; je vous en remercie bien vivement. Il y a deux ans, je disais à notre banquet devant M. Brisson : « Il y a deux écoles dentaires ; eh bien, tant que j'aurai une goutte de sang dans les veines, tant que j'aurai un souffle, je ne songerai qu'à leur bien et je serai avec vous de cœur ! » Ces paroles, je vous les redis aujourd'hui.

M. Dubois. — Vous avez à procéder à des élections pour le renouvellement partiel du Conseil de Direction ; vous avez 16 membres à élire, savoir : 5 membres sortants de Paris : MM. Claser, Francis Jean, Löwenthal, Martinier et Viau ; 5 de province : MM. Berthaux, Audy, Coignart, Noël et Richer ; enfin 2 membres démissionnaires de Paris : MM. Gillard et Tusseau, plus 4 membres nouveaux. En ce qui concerne les membres de province, nous vous demanderons de les distribuer géographiquement afin d'avoir des représentants un peu partout.

M. Lemerle. — Je suis démissionnaire depuis le début et, si la convocation ne me comprend pas au nombre des démissionnaires, c'est une erreur ; je vous prie de me considérer comme tel et de ne pas me porter candidat.

M. Dubois. — Je crois que M. Lemerle commet une inexactitude. Il a été démissionnaire, c'est vrai ; mais, à la suite d'une démarche qui fut faite auprès de lui, il consentit à revenir sur sa démission pour le Conseil de Direction et, comme preuve, il vint discuter à titre de membre de ce Conseil le projet de fusion du journal. Pour ma part, je ne le considère que comme démissionnaire du Comité de rédaction du journal.

Du moment, du reste, qu'il y a doute, comme je crois que les motifs de division qui existaient au commencement de 1894 ne subsistent plus maintenant, si M. Lemerle maintient sa démission, je le prierai de poser sa candidature.

M. Lemerle. — Il vaut mieux prendre le moins de membres possible de l'ancien Conseil.

M. Dubois. — Les éléments de travail ne sont pas très nombreux et, en vous retirant, vous nous privez du vôtre.

Je consulte l'assemblée sur la question de savoir si elle entend considérer M. Lemerle comme démissionnaire.

L'assemblée, consultée, répond par la négative.

M. Dubois. — Il n'y a donc pas lieu de procédér à son remplacement.

Le scrutin est ouvert pour l'élection.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 29

Majorité absolue : 15

Ont obtenu :

MM. Audy Francis	29 voix	MM. Devoucoux	7 voix
Coignart	27	Noël	7
Viau	27	Gillard	6
Chouville	26	Lemerle	5
Claser	26	Godon	3
Douzillé	27	Paulme	3
Martinier	26	Barrié	2
Richer	26	Touvet	1
Schwartz	25	Blocman	1
Francis Jean	24	Quincerot	1
Papot	24	Billebaut	1
Guillot	23	Cordelier	1
Löwenthal	23	Touchard	1
Torrès	23	Berthaux	1
Rollin	20	Bioux	1
Tusseau	9	d'Almen	1
Loup	8	Dubois	1

M. Dubois. — En conséquence de ces votes, MM. Claser, Viau, Martinier, Francis Jean, Papot, Löwenthal, Audy, Coignart, Chouville, Douzillé, Richer, Schwartz, Guillot, Torrès, Rollin, sont nommés membres du Conseil de Direction de l'Association, M. Rollin pour un an, les autres membres pour deux ans, avec cette restriction qu'il sera tiré au sort parmi les membres de province l'année prochaine pour désigner ceux qui seront soumis à la réélection au bout d'un an afin d'établir un roulement dans l'élection de ces membres.

Il y a ballottage pour le 16e membre, il y a lieu de faire un second tour de scrutin.

Il est procédé au vote qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 20

Ont obtenu :

MM. Devoucoux	11 voix	MM. Loup	1 voix
Tusseau	6	Gillard	1

M. Dubois. — M. Devoucoux est élu membre du Conseil de Direction, pour un an.

La séance est levée à 11 heures 3/4.

Le Secrétaire général,
Dr M. Roy.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois.)

A VENDRE 2 fauteuils en bois et un petit meuble à tiroirs, pour clinique dentaire. Prix des fauteuils, 25 francs chacun. — S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, 4, rue Turgot.

UN DENTISTE DIPLOMÉ, établi (patenté) depuis des années à Paris, cherche comme associé un collègue ayant quelque capital pour la création d'une succursale dans le sud de la France. Adresser les offres détaillées sous : Dr A. P. au bureau du Journal.

A CÉDER de suite, pour cause de santé et de départ, un cabinet dentaire récemment créé dans une grande ville de France. Excellente situation. Pas de reprise. On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 5 pièces. S'adresser au bureau du journal, aux initiales D. G.

CABINET A CÉDER pour cause de santé dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2.500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez MM. Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER pour cause de santé, un cabinet de dentiste, admirablement situé à Paris (bonne et ancienne clientèle). Affaires : de 15 à 18.000 fr. — On traiterait avec 10.000 fr. comptant. — S'adresser à M. Levier, 1, rue Meslay (place de la République), Paris.

ON DEMANDE un bon opérateur et un bon mécanicien, chez M. Hélot, 34, rue du Château, Brest.

A CÉDER de suite cabinet anglais, pour cause de changement de situation, dans une ville de 40.000 habitants, faisant 20.000 fr. d'affaires par an. On traiterait pour 20.000 fr. — S'adresser au Journal sous les initiales N. E. W.

A CÉDER, pour cause de changement de situation, un cabinet créé fin 1891, affaires 5.000 fr., allant en augmentant d'un quart chaque année depuis la création, pouvant aller à 10.000 fr. dans quelques années. Prix demandé 3.000. On laisserait au successeur l'installation du cabinet et du salon. — S'adresser à M. Loubières, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).

UN DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, ancien élève de l'Ecole de New-York, parlant l'anglais et l'espagnol, demande une place d'opérateur. S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, D. H.

CABINET DENTAIRE 1er ordre, à vendre, grande ville du Midi, chiffre d'affaires depuis cinq ans : 186.000 fr., justifiées (moyenne 37.000 par an). Prix demandé 74.000 francs, excellente occasion pour docteur en médecine ayant capital et bon opérateur. S'adresser au bureau du journal, aux initiales B. G.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. DUBOIS, *président.*

MM. LEGRET, *vice-président.*
PAPOT, *vice-président.*

M. Dr M. ROY, *secrétaire général.*
BILLET, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS.

MM. CLASER.
D'ARGENT.
DEVOUCOUX.
GODON.
Francis JEAN.
LEMERLE.
LÖWENTHAL.
MARTINIER.
PRÉVEL.
ROLLIN.
VIAU, ✪.

PROVINCE.

Nord-Est.

MM. AUDY, Senlis.
CHOUVILLE, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr GUILLOT, Lyon.
SCHWARTZ, Nîmes.

Nord-Ouest.

COIGNARD, Nantes.
RICHER, Vernon.

Sud-Ouest.

DOUZILLÉ, Agen.
TORRES, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. CLASER.

M. ROLLIN, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. D'ARGENT.
BILLET.

MM. CLASER.
DEVOUCOUX.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. LECAUDEY Em. ✪.

M. POINSOT ✪.

MEMBRES HONORAIRES

MM. AUBEAU (Dr), ✪.
BERTHAUX.
CHRÉTIEN.
DEBRAY, père
DUGIT, père.

MM. DUGIT (A).
GARDENAT.
PILLETTE.
WIESNER, ✵, ✪.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Q, Président-Directeur.

G. Viau, ❦, Vice-Président.
Francis Jean, ❦, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié. — **L. Bioux.** — **J. Bonnard.** — **P. Dubois.** — **L. Frey.** — **Gravollet-Leblan.** — **Legret.** — **Loup.** — **Löwenthal.** — **Ed. Prest.**

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ❦, Président-Directeur.
P. Poinsot, ❦, —

A. Aubeau, Q. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✻ Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, Q, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, Q, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, Q, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, D^r en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ❦, D^r en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Q, D^r en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculte, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ❦, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ❦, D^r en médecine.
G. Deny, D^r en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher Q, D^r en médecine, ex-interne.
Gérard, ❦, D^r ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, Q, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard Q, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE Q. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris

ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculte de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

FRESNEL, MEUNIER, HIRSCHBERG, JOSEF, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

1. Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

15e ANNÉE. AVRIL 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. N° 4



L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MODE DE CONSOLIDATION DES DENTS IMPLANTÉES

Par M. Oscar AMOEDO,
Professeur à l'Ecole Odontotechnique de France.

Dans une communication au Congrès international[1] de médecine de Rome, sur les « implantations de dents décalcifiées », je faisais mention d'un maxillaire que j'avais trouvé dans le laboratoire de mon maître et ami, M. le professeur Poirier.

Ce maxillaire (Fig. 1), qui appartenait à un homme de 40 ans, présentait la particularité suivante : il avait une deuxième molaire de lait du côté gauche enkystée entre la première petite molaire et la dent de six ans.

Dans l'espoir de trouver la 2me petite molaire permanente dans l'intérieur de l'os, je coupai le maxillaire en deux par un trait de scie qui passa au niveau de la dent de lait.

Mes recherches furent infructueuses: il n'y en avait pas la moindre trace. Toutefois mon attention fut très excitée par le maxillaire que j'avais sous les yeux, car il me donnait l'explication du phénomène de la greffe et des conditions d'union des dents implantées.

En effet, voici ce que j'ai constaté macroscopiquement : sur toute la surface de la racine, le ligament alvéolo-dentaire avait disparu, le cément était détruit en grande partie et remplacé par une prolifération osseuse provenant de la paroi alvéolaire. La chambre pulpaire se trouvait remplie par une production ayant l'apparence de la dentine secondaire.

Tous les mouvements imprimés à ces racines se transmettaient à l'os sans aucune interruption. La percussion rendait un son très clair et tout à fait différent de celui produit sur les dents voisines.

Ces constatations m'ont permis de croire à une soudure intime entre la racine et le maxillaire. J'avais présenté cette pièce au Congrès de Rome après l'avoir montrée à mon ami le Docteur

1. Voir *Cosmos*, sept. 1894 et l'*Odontologie* de juillet 1894.

Younger dans son dernier voyage à Paris en novembre 1893 et à plusieurs confrères. On l'a beaucoup admirée et on m'a demandé de tous côtés d'en faire des coupes microscopiques et de publier mes observations, mais le désir de garder pour mon musée une pièce pathologique si rare me fit renoncer à cette idée.

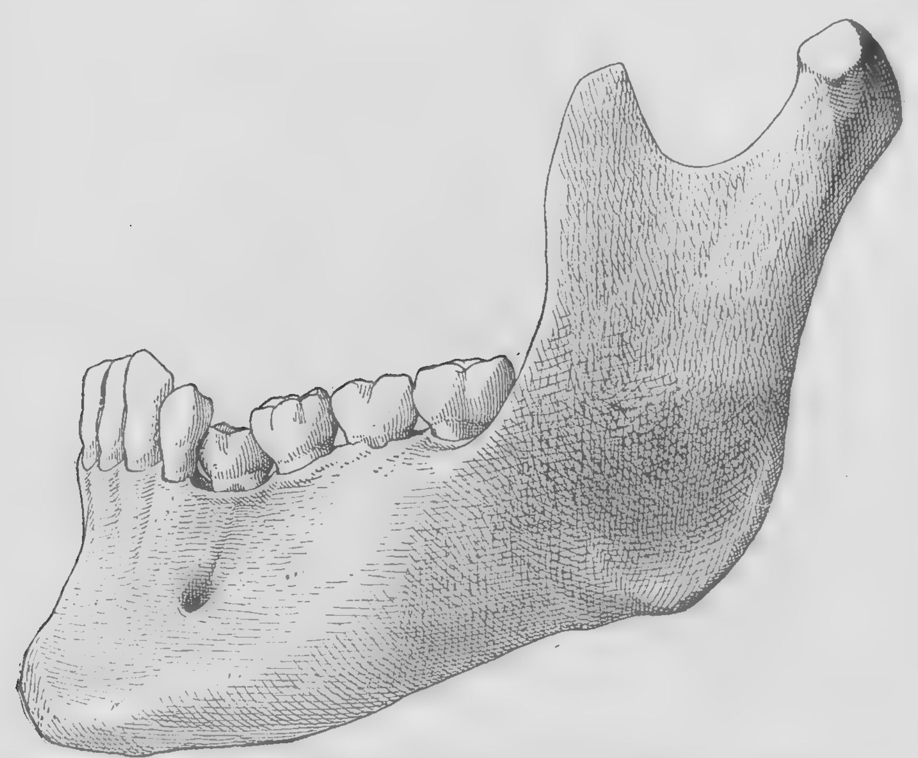


Fig. 1. — Maxillaire inférieur d'un homme de 40 ans, avec une molaire de lait prise entre la première grosse molaire permanente et la première petite molaire côté gauche.

Enfin, sur les indications du *Journal of the British Dental Association*, de Londres, et sur la demande de l'éditeur du *Dental Cosmos*, de Philadelphie, je me suis décidé à détruire cette pièce et à en faire les coupes avec lesquelles j'ai illustré cette communication.

Ces coupes ont été faites par usure, sans décalcification ni coloration et ont été fixées aux lamelles avec du baume du Canada.

La fig. II représente une coupe transversale de l'os et une longitudinale d'une racine. On y voit très nettement les cellules osseuses et les canaux de Havers d'un côté et les corpuscules du cément de l'autre. Entre ces deux tissus il n'y a pas de limite de séparation, spécialement en D, et on ne sait pas où les cellules osseuses commencent, où finissent celles du cément

Pour expliquer ce processus pathologique, il faudrait croire qu'à l'époque où cette dent de lait devait disparaître pour faire place à la

deuxième petite molaire permanente, le germe de cette dent a joué le rôle de corps étranger et a irrité l'os, irritation qui a produit une surexcitation de l'activité dans la région. Cela donna lieu à la résorption de la dent en évolution et à celle d'une grande partie des racines de la dent de lait.

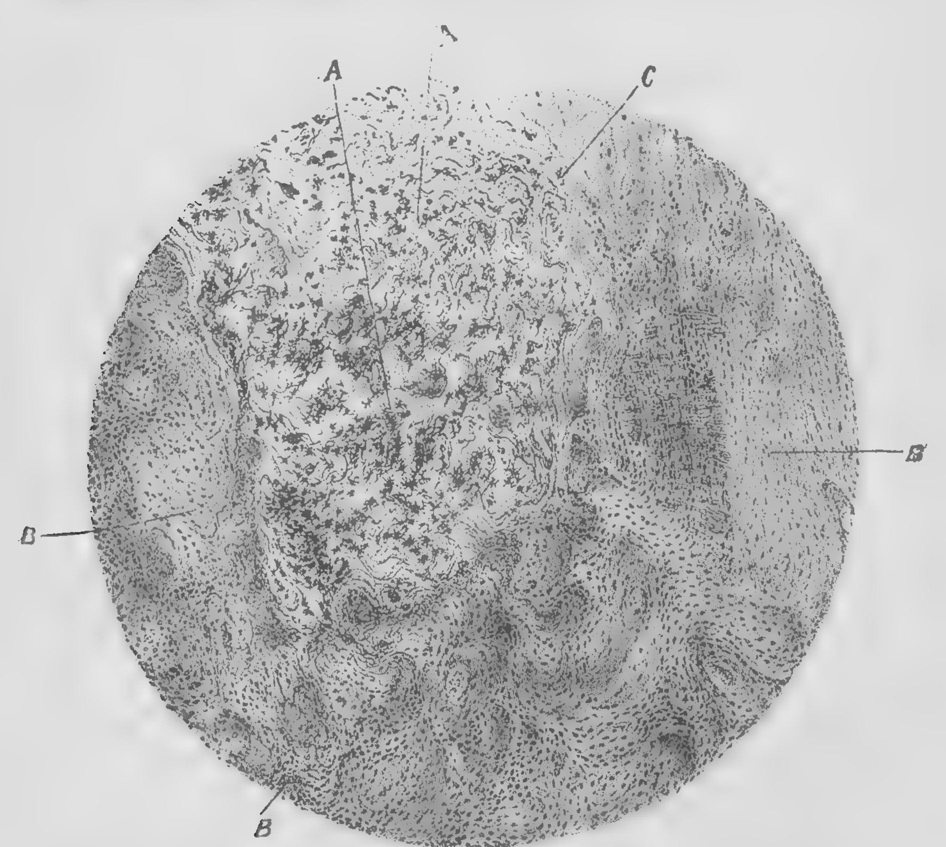


Fig. 2. — Racine d'une molaire temporaire soudée à l'os maxillaire. A. Surface de la racine sur laquelle on voit les cellules du cément; B. tissu osseux; C. l'union est si intime entre le cément et le tissu osseux qu'il est impossible de voir où commence le cément et où finit l'os.

La cause de l'irritation une fois disparue, un os très compact et très riche en corpuscules osseux est venu combler le vide laissé par la dent résorbée et les baies des surfaces des racines.

La dent de lait, de son côté, a réagi aussi et sa cavité pulpaire s'est comblée avec la néoformation osseuse que montre la figure 3.

Il y a une parfaite analogie entre ce qui s'est passé avec les racines de cette dent de lait et l'os, et ce qui se passe entre l'os et les racines des dents greffées.

Voici ce que j'ai constaté dans les greffes dentaires que j'ai faites sur l'homme, et dans mes expériences sur les chiens et sur les cochons

d'Inde. Ces opérations ont été toujours faites avec une antisepsie rigoureuse.

La dent greffée, dans son rôle de corps étranger, irrite l'os et produit une ostéite avec formation de cellules lymphoïdes qui se placent en rangées et forment une membrane embryonnaire dans toute

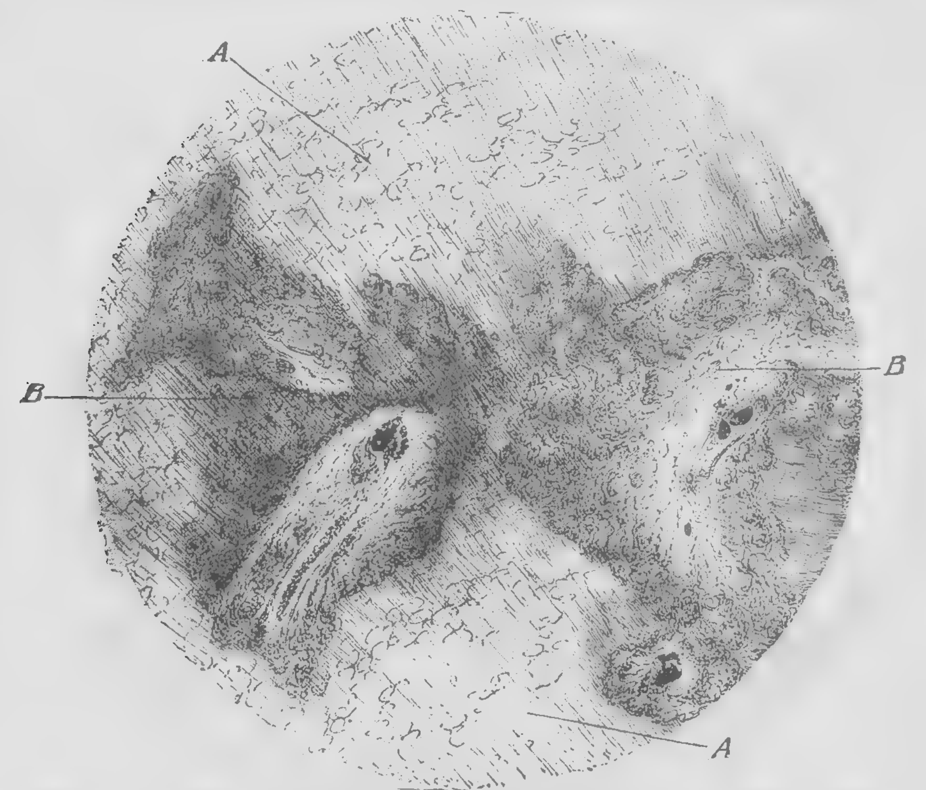


Fig. 3. — Dentine secondaire de la molaire temporaire. A. dentine primitive; B. dentine secondaire.

la périphérie de l'alvéole. Ces cellules embryonnaires avancent vers la racine jusqu'au point de l'envelopper. C'est alors que commencent la décalcification et l'érosion de la racine ; on voit apparaître ensuite des cellules *ostéophages*, cellules géantes à réaction acide (acide lactique), et ostéoclastes qui forment de petites baies sur la surface de la racine. Si la dent est bien immobilisée, et si l'état général de l'individu que l'on opère est bon, la racine n'agit plus comme corps étranger et le travail de résorption s'arrête. Le tissu embryonnaire formé entre la dent et l'alvéole se vascularise, bientôt apparaissent des ostéoblastes, des dépôts calcaires s'opèrent insensiblement, on voit la transformation osseuse survenir et amener enfin la soudure de la racine avec la paroi alvéolaire [1].

1. En vue de favoriser la première phase de la consolidation des dents greffées, je décalcifie une couche de cément d'un demi-millimètre d'épaisseur,

Comme démonstration de la première phase de ce processus on trouvera toujours sur la surface d'une racine qui a été greffée pendant quelque temps dans un maxillaire, des résorptions demi-circulaires en forme de baies plus ou moins marquées.

Cela tout aussi bien sur les dents greffées fraîches que sur celles greffées après dessiccation. Il y a des cas où la résorption est si superficielle qu'il ne suffit pas de faire un examen macroscopique de la racine, et qu'il faut recourir au microscope pour les voir.

La seconde phase du processus de consolidation se confirme cliniquement par les signes suivants :

1° Le son tympanique produit à la percussion sur une dent greffée consolidée est toujours plus clair que celui produit par les autres dents voisines;

2° Tout mouvement communiqué à la dent se transmet à l'os sans interruption ;

3° La grande difficulté qu'elles offrent à l'extraction.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMALGAME

Par M. Ch. Godon

Professeur à l'École dentaire de Paris.

Je veux vous entretenir ce soir d'un petit procédé de manipulation que j'emploie déjà depuis plusieurs années, et qui a pour but de diminuer la rétractilité de l'amalgame.

Mais puisque j'ai l'occasion de vous parler de cette substance d'obturation dont l'usage est maintenant si répandu parmi les dentistes, permettez-moi de vous faire une petite digression historique sur les difficultés que son emploi a rencontrées au début, sur les polémiques, les luttes même qu'il a provoquées chez nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique. Comme vous le verrez tout à l'heure, je ne charge pas le tableau, puisque, dans les ouvrages américains, on appelle toute cette période de l'histoire professionnelle l'*amalgame war*, la guerre de l'amalgame. Mon ami P. Dubois en a déjà parlé dans son étude des amalgames parue dans l'*Odontologie* en 1887, mais je crois intéressant d'y revenir.

La première application de l'amalgame comme substance obturatrice des dents est, comme vous le savez, attribuée à deux dentistes de Paris, Regnard d'abord, puis Taveau qui, en 1826, en préconisait l'emploi sous le nom de « pâte d'argent ».

Le nouveau produit eut un certain succès. L'usage s'en répandit assez vite par suite de la grande facilité de sa manipulation.

Deux Français, les frères Crawcours, allèrent avec le nouveau produit s'établir à New-York vers 1833, et, à grand renfort de réclames, l'annoncèrent sous le nom de « *Royal mineral succedanum* ».

Le succès obtenu dans la clientèle américaine par les deux Fran-

---

et pour favoriser la 2me phase (ossification autour de la racine), j'immobilise la dent en me servant de ligatures en fil de platine et d'un appareil spécial (voir le *Dental Cosmos*, sept. 1894, et *Odontologie*, février 1895, p. 94).

çais avec la nouvelle pâte obturatrice avait provoqué la jalousie et la colère des dentistes de New-York qui employaient à peu près exclusivement l'or. Ils se réunirent pour combattre les deux empiriques français : c'est ainsi qu'ils les désignaient.

Ils publièrent des articles violents dans la presse afin de démontrer que la nouvelle substance était nuisible, toxique, qu'elle causait toutes sortes d'affections dans la bouche, la gingivite mercurielle, la nécrose etc., que ceux qui l'employaient étaient de véritables empoisonneurs, enfin qu'il en fallait absolument proscrire l'emploi.

L'exaspération contre les deux Français était telle qu'au bout de quelques années ils durent quitter la ville et allèrent se réfugier au Canada.

L'« American Society of Dental Surgeons », à peine formée (1840), désapprouva l'emploi de l'amalgame dans la pratique dentaire.

Elle fit jurer à tous ses membres de ne pas l'employer et alla même jusqu'à prononcer l'expulsion de onze de ses membres qui refusaient d'accepter ses décisions.

La plupart des nouvelles Sociétés adoptèrent des mesures analogues. La lutte contre l'amalgame fut des plus vives. La majorité des dentistes américains s'engagèrent à ne jamais l'employer. Nous avons eu l'occasion de voir au Congrès de Chicago un vieux dentiste de Saint-Louis qui était très fier de n'avoir jamais, pendant 50 ans de pratique, obturé une seule dent à l'amalgame.

Mais bientôt, une réaction se produisait contre cet exclusivisme, et l' « American Society of Dental Surgeons », impuissante à maintenir ses premières décisions, la plupart de ses membres ayant démissionné, se vit obligée de se dissoudre, en 1855. Son dernier président, E. Towsend, donna même son nom à une des meilleures formules d'amalgame !

Vers 1880, sous le nom de *New Departure*, il parut une apologie des substances plastiques pour l'obturation des dents telles que l'amalgame, les ciments, la gutta-percha.

Le protagoniste de la méthode, le Dr J. Foster Flagg, critiquait les exagérations des partisans de l'aurification, qui consacraient plusieurs heures à la restauration d'une dent avec de l'or tassé par petits morceaux, alors que le même résultat pouvait être obtenu en quelques minutes avec l'emploi de substances plastiques, etc. Les frères Crawcours étaient bien vengés !

Il m'a paru curieux de rappeler que les dentistes américains, qui avaient vécu jusque vers 1835 assez isolés, devaient l'avantage de s'être réunis à la nécessité de se défendre contre la concurrence qu'étaient venus leur faire dans leur ville en 1833 deux dentistes français, importateurs de l'*amalgame*. C'est ainsi que 45 ans plus tard, les dentistes français devaient se grouper pour combattre la concurrence des dentistes américains, protagonistes de l'aurification.

Le rapprochement ne manque pas d'intérêt.

Permettez-moi de revenir maintenant à la rétractilité de l'amalgame.

L'amalgame a de nombreuses qualités comme substance obturatrice, mais il a deux grands défauts : la coloration qu'il donne aux tissus dentaires et la rétractilité qui se produit pendant le durcissement. On peut dire que ce défaut est le principal, puisqu'il permet l'infiltration des liquides buccaux entre la masse obturatrice et les parois de la cavité obturée, et favorise la formation de nouveaux centres de carie.

On a essayé bien souvent de combattre ce dernier défaut par différents procédés, soit en ajoutant aux métaux fondamentaux de l'amalgame employé par les dentistes, de l'argent, de l'étain, de l'or, du platine, du zinc, du cuivre dans des proportions variables.

Vous savez que le cuivre donne de bons résultats contre la rétractilité, mais que la vilaine coloration qu'il donne à la dent empêche d'en généraliser l'emploi.

On a essayé aussi de modifier les procédés de préparation et de manipulation en réduisant au minimum la dose de mercure employé, ou bien en l'exprimant ensuite fortement entre les doigts, dans un linge ou une peau de chamois.

C'est ainsi que nous avons vu recommander par M. Fletcher, l'habile chimiste à qui notre profession doit d'importantes améliorations de notre arsenal opératoire, une petite balance, au moyen de laquelle devait se faire avec précision le dosage de la poudre métallique et du mercure.

M. P. Dubois nous dit, dans son Traité de la carie dentaire, *que c'est une erreur de croire que l'amalgame fait très sec, c'est-à-dire avec peu de mercure, soit moins rétractile.*

Du reste, on ne paraît pas bien d'accord sur les causes de la rétractilité de l'amalgame.

Il est un point pourtant que l'on m'accordera comme acquis : c'est que la rétractilité de l'amalgame est proportionnelle au volume du morceau d'amalgame employé, et que plus le volume de la masse obturatrice est grand, plus la rétractilité est grande, quelle que soit la formule employée, l'amalgame de cuivre excepté. Ceci admis, j'ai eu l'idée depuis plusieurs années, pour combattre cette rétractilité, de placer au milieu de mes obturations d'amalgame un morceau d'amalgame dur formant une sorte de noyau.

Par ce procédé je diminue le volume de la masse d'amalgame susceptible de retrait, et par suite le pouvoir de rétractilité de la masse se trouve également diminué.

J'avais, il y a déjà quelques années, fait faire chez moi des expériences dans le but d'en faire la démonstration, mais je n'avais pas eu une démonstration suffisante pour m'autoriser à vous les communiquer. J'en avais pas parlé à M. Dubois et je n'en ai pas moins continué à faire mes amalgames à noyaux.

J'ai repris récemment des expériences avec le concours de mon assistant, M. Rouzé; cette fois nous avons été plus heureux. Voici en quoi elles consistent :

Résultat des obturations faites avec le même amalgame, les unes ayant au centre un noyau d'amalgame durci, les autres sans noyau.

PROCÉDÉ D'OBTURATION	DANS UN TUBE DE VERRE Obturation de 10 millimètres de hauteur	DANS UNE DENT Obturation dans une cavité cylindrique de 10 millim. de hauteur	FORMULE DE L'AMALGAME
Sans noyau...	Un liquide colorant a pénétré à une profondeur moyenne d'environ 6 millimètres.	Un liquide colorant a pénétré à une profondeur de 2 millimètres.	Argent..... 100 Etain....... 120 Or......... 2
Avec noyau...	Un liquide colorant a pénétré à une profondeur moyenne d'environ 1 millimètre.	Un liquide colorant a pénétré à une profondeur de 1/2 millimètre.	

La formule employée donne beaucoup de retrait. De ces expériences il semble bien résulter qu'on peut diminuer la rétractilité du métal en plaçant au milieu de la masse obturatrice un ou plusieurs noyaux d'amalgame dur.

Il n'y a là qu'un petit procédé de manipulation fort simple ; mais nous ne sommes plus au temps de la guerre de l'amalgame et comme ce procédé peut tendre à améliorer un très bon agent de conservation des dents, il m'a semblé digne de retenir votre attention.

DE L'HUILE D'OLIVE STÉRILISÉE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL

Par M. Loup

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Vous savez tous que de tout temps on s'est ingénié à trouver un agent physique ou chimique capable d'abolir la douleur pendant les opérations. Il faut en effet remonter très haut dans l'antiquité pour trouver l'emploi de la pierre de Memphis et de la compression, puis, plus rapproché de nous, nous trouvons l'emploi des réfrigérants, tels que la glace, glace et sel marin (mélange d'Amali) et enfin de nos jours toute une série d'agents physiques et chimiques tels que le chlorure d'éthyle, le chlorure de méthyle, le coryl, l'anesthyle et l'anesthésique local par excellence, la cocaïne.

Tous ces agents ont leurs avantages et leurs inconvénients et point n'est besoin de vous retracer ici l'histoire de chacun d'eux. Leurs qualités et leurs défauts, leur action physiologique ont été très bien traités par M. le Dr Sauvez dans sa thèse inaugurale de 1893 et nous nous bornerons simplement à en dire quelques mots d'une façon générale.

La compression agit uniquement en interceptant la circulation sanguine et en produisant une anémie locale et passagère de la région à opérer, d'où insensibilité à la douleur par suite du manque de nutrition des filets nerveux sensitifs.

Le froid agit presque de même, il intercepte la circulation sanguine, mais, après avoir déshydraté en la congelant l'eau contenue dans les tissus à opérer ; poussé plus loin, il coagule la fibrine et les globules sanguins. Le phénomène produit est toujours le même : anémie locale et passagère, mort apparente et temporaire des extrémités nerveuses sensitives de la région.

La cocaïne, comme l'a démontré le professeur Dastre, est un anesthésique général, ayant surtout une action locale.

La cocaïne est un alcaloïde redoutable ; à dose relativement faible, c'est un poison violent duquel on doit se méfier, de par ses effets toxiques sur les filets nerveux avec lesquels il est en contact.

Quand ce ne serait qu'au point de vue de la réparation de la plaie, de la réaction cellulaire, la cocaïne a ses inconvénients.

Il est bien évident que le travail réparateur ne se fera pas si vite avec des cellules empoisonnées qu'avec des cellules saines.

Vous obtiendrez, avec la cocaïne, des effets différents selon que vous aurez fait l'injection dans le tissu cellulaire qui se prête admirablement à la diffusion (alors vous aurez des accidents généraux et peu d'effets locaux) ou que vous l'aurez faite dans l'épaisseur du dernier, tissu entièrement serré empêchant dans une grande mesure l'extension de l'agent intoxiquant (alors vous obtiendrez des effets anesthésiques locaux plus accentués).

Il n'est pas superflu d'ajouter que le tempérament modifie l'allure de l'anesthésie : telle dose chez tel sujet produira des effets très différents de chez un autre.

Dans l'anesthésie par la cocaïne, il y a deux agents, l'un, l'alcaloïde, dont nous venons de voir sommairement les effets ; l'autre, le véhicule qui ne doit pas être oublié.

Or ce véhicule, quel qu'il soit (eau, vaseline, oléo-naphtine, ou autre), agit à des degrés différents, concourt à l'anesthésie en produisant les phénomènes anémiques cités plus haut, en entravant momentanément la nutrition cellulaire.

De tous ces agents anesthésiques, il nous faut retirer, du moins pour notre pratique buccale, la compression qui serait difficilement exercée dans la bouche.

Les réfrigérants ne sont pas toujours applicables par suite de la région à opérer et des effets frigorifiques atteignant les dents avoisinantes, et même, sans cette action désagréable sur les dents voisines, nous avons vu des malades ne pouvoir supporter cette sensation de froid, puis de brûlure.

La crainte, quoique peu fondée, de la mortification des tissus, est en tous cas possible ; il faut éviter le retour brusque de la chaleur en faisant rincer la bouche avec de l'eau froide. Enfin, il ne faut pas employer le coryl ou autre agent semblable quand on doit se servir du thermo-cautère.

En général il semblerait que la piqûre de la seringue Pravaz effraye moins et est mieux acceptée par les malades ; mais là, nous nous heurtons pour la cocaïne à des contre-indications sérieuses. L'anémie caractérisée, les affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires, la débilité, les maladies de cœur, la grossesse ou la lactation sont autant de conditions dans lesquelles on devra être plus que prudent.

Il est certain que, dans ces conditions, alors même que nous donnerions 1 centigramme de cocaïne, nous ne risquerions pas une issue fatale ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a une petite part de risque et cela est suffisant pour nous rendre un peu perplexe.

En tous cas, il n'est pas rare, même avec 1 centigramme, d'avoir quelques incidents fâcheux chez des femmes nerveuses, hystériques, de trouver des malades qui accusent un peu de vertige, des tournements de tête, etc., etc.

C'est en connaissance de l'action physiologique de ces trois classes d'anesthésiques locaux et considérant que, d'une part, si nous rangeons la cocaïne parmi les agents intoxiquants, nous pouvons par son véhicule la ranger dans les deux classes étudiées ci-dessus qu'il nous est venu l'idée, pleinement justifiée d'ailleurs, d'employer l'huile d'olive stérilisée.

Nous ne prétendons pas détrôner la cocaïne, qui est sans contredit le plus puissant anesthésique local et le plus sûr au point de vue de son action analgésique, mais nous voulons simplement démontrer que nous pouvons avoir une anesthésie absolument complète et sans danger, sans contre-indication aucune avec l'huile stérilisée et réserver la cocaïne pour les cas difficiles où nous jugerons qu'une insensibilité de longue durée est nécessaire.

Nous n'avons pas besoin, pour abolir la sensibilité d'une région, d'empoisonner ses extrémités nerveuses, il nous suffit de les priver momentanément de leurs facultés sensitives.

Partant de cette théorie, si nous injectons de l'huile stérilisée, nous chassons tout le sang contenu dans la région à opérer, et si nous avons eu la précaution de faire l'injection dans l'épaisseur du derme, dans ce tissu serré qui s'oppose à la diffusion, nous obtenons une nappe d'huile qui s'oppose également au retour de l'ondée sanguine qui baignait et nourrissait ces tissus.

Il se produit ainsi une anémie déterminant une insensibilité de tous les filets nerveux et l'opération se fait sans douleur. En somme nous obtenons le même phénomène qu'avec la compression et le froid, nous attirons momentanément la nutrition. Or, sans nutrition pas de mouvement, pas de sensibilité, pas de vie.

Quant à l'injection, voici comment nous procédons. Nous faisons la piqûre, non pas comme l'indiquent le professeur Dastre, ni MM. Isch-Wall et Sauvez, mais nous piquons la gencive au niveau du collet dans l'épaisseur même du bourrelet qui entoure la dent et nous enfonçons notre aiguille dans une direction oblique visant le milieu de la racine et dans le tissu dermique. La quantité varie selon le sujet.

Si nous avons affaire à un tissu très serré, la moitié de la seringue suffit ; dans le cas contraire nous injectons la seringue entière.

Le nombre des piqûres varie également et l'opérateur en est juge comme avec la cocaïne ; généralement deux suffisent.

Nous obtenons l'huile en la faisant bouillir pendant 5 minutes et la maintenons dans des tubes de verre bien bouchés.

L'expérience que nous avons de ce nouvel agent n'est pas grande et nous avons encore peu d'observations, mais étant donné l'innocuité absolue de l'huile d'olive injectée dans les tissus, nous avons pensé qu'il était bon de publier ce procédé afin qu'on puisse l'expérimenter.

La cicatrisation de la plaie se fait aussi vite que si l'on n'avait rien injecté.

Voici les quelques expériences que nous avons faites jusqu'à présent :

1° Mme M., 22 ans. — Une racine de canine supérieure gauche.

Injection d'une demi-seringue de Pravaz, tissu serré. Extraction sans douleur. La racine était assez difficile et nous dûmes aller assez profondément pour l'avoir.

2° Mlle F., 20 ans. — Racine de deuxième petite molaire inférieure droite, tissu lâche. Injection d'une seringue d'huile stérilisée. Extraction au pied de biche, pas de douleurs.

3° Mlle G., 18 ans. — Racines de première grosse molaire supérieure droite, tissu serré ; nous fîmes quatre piqûres. Injection d'une demi-seringue de Pravaz d'huile stérilisée ; un peu de douleur à la troisième racine.

4° Mme F., 45 ans environ. — Racines de première grosse molaire supérieure droite, tissu assez serré. Trois quarts de la seringue d'huile stérilisée en injection. Extraction sans douleur.

5° Mme M. — Racine de première petite molaire supérieure gauche, tissu serré. Injection de la demi-seringue d'huile stérilisée. Extraction sans douleur.

Dans notre service de clinique, à l'Ecole dentaire de Paris, nous avons fait deux injections d'huile stérilisée.

6° Mlle X., 25 ans environ. — Première grosse molaire supérieure droite. Injection de la seringue d'huile stérilisée. Extraction difficile pendant 6 à 7 minutes, pas de douleur.

7° M. X. — Première grosse molaire inférieure droite. Injection de la seringue d'huile stérilisée ; un peu de douleur à l'extraction.

Vous le voyez, les résultats sont encourageants, mais ne voulant pas nous en tenir à notre propre expérience, nous serions heureux si quelques-uns d'entre nous voulaient expérimenter notre procédé.

Nous faisons l'extraction presque immédiatement après l'injection ; celle-ci doit donner à la surface des tissus une large nappe blanche ; c'est d'ailleurs sur cette coloration que nous nous basons pour injecter plus ou moins de liquide.

DE LA TEINTURE D'IODE DANS LE PRURIT GINGIVAL DES ENFANTS

Par M. Loup

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

La question des accidents de dentition est souvent à l'ordre du jour dans les sociétés savantes, ce qui prouve que nous ne sommes pas encore près d'être d'accord.

Dans une récente séance à l'Académie de médecine, des hommes de valeur l'ont discutée à nouveau et ne sont pas arrivés à s'entendre, et c'est chose assez curieuse que de constater que les uns mettent tout sur le compte de la dentition, les autres au contraire la disculpant absolument.

M. Poinsot, à propos de cette séance, a relevé les différentes opinions dans son excellent petit livre *Les accidents de la première dentition* et ajoute : « Oui, il y a des accidents de dentition indéniables et il suffit d'avoir eu des enfants pour en être convaincu. » Mais il ne faut pas non plus tout attribuer à la dentition. Nous sommes absolument de son avis, il faut que le praticien sache établir son diagnostic et ne pas imputer à la dentition des affections qui ont une autre origine.

Nous ne cherchons pas à décider en cette matière, la compétence nous fait défaut.

Tout ce que nous voulons dire, c'est que lorsqu'un bébé souffre, nous devons faire notre possible pour le soulager et nous estimons que, si nous avons un remède véritablement efficace contre le prurit gingival bien caractérisé, nous éviterons bien des souffrances, tout en éclairant le diagnostic.

Ce remède que nous avons l'honneur de vous présenter, c'est la teinture d'iode.

La simplicité de ce traitement n'exclut pas son efficacité qui est d'une étonnante rapidité.

Nous nous demandons même encore comment il se fait qu'on ne l'ait jamais employé jusqu'à ce jour, et ce qui nous étonne le plus, c'est la peur qu'on a de l'employer chez les bébés.

Notre bébé âgé de 9 mois souffrait beaucoup des dents, il n'y avait pas de doute ; il mordait tout, se crispait, avait les gencives enflammées, ses petites joues en feu, remuait comme un ver, ne dormait pas du tout, etc., etc.

Nous fîmes comme tout le monde : avec la liqueur de Delabarre, nous frictionnions les gencives plusieurs fois par jour, mais rien n'y faisait, les nuits se passaient sans sommeil. Nous fîmes venir notre médecin habituel qui, voyant que rien ne le calmait, nous dit d'essayer la cocaïne ; nous fîmes une solution au 1/20 de cocaïne et nous badigeonnâmes les gencives ; toujours même résultat. Enfin, après avoir étudié la question du prurit gingival, nous fîmes part à notre médecin de notre intention de mettre de la teinture d'iode

— Ne faites pas cela, nous répondit-il, comme si nous risquions quelque chose.

Ma foi, nous avouons qu'en présence de notre bébé notre idée fut ébranlée et, hésitant encore, nous en parlâmes à plusieurs médecins qui, tous nous dirent la même chose. En somme, ce que nous voulions faire était monstrueux.

Un confrère auquel nous en parlâmes ne nous conseilla pas non plus cette médication dangereuse.

L'enfant eut une nouvelle crise et pas moyen de le soulager, car tout échouait; alors, ayant bien réfléchi à la bénignité de la médication épouvantable que nous avions dans l'idée, un jour, en pleine crise, avec un petit pinceau de coton imbibé d'iode nous touchâmes les gencives qui se colorèrent en brun : ce fut un coup de foudre, l'effet fut immédiat, l'enfant fut calmé radicalement et se mit à jouer.

Il y aurait surprise si nous ne l'avions fait qu'une fois, mais à chaque nouvelle crise, chaque fois qu'il cherche à mordre et que nous reconnaissons que ce sont les dents, nous employons la teinture d'iode avec le même résultat ; nous l'avons fait au moins une vingtaine de fois et l'effet est trop immédiat pour s'y tromper.

A l'actif de la première dentition, on doit citer, d'après la classification de M. Dubois, les troubles des fonctions digestives et de l'estomac, les troubles nerveux, les accidents cutanés, les affections des voies respiratoires et les affections diverses.

S'il est bien démontré qu'il y a une corrélation entre ces maladies et la poussée des dents chez les enfants, il en découle que si nous les combattons en faisant disparaître l'un de ses effets, nous atténuons les autres.

La mortalité des enfants à la période de dentition est énorme, comme vous le savez, et tient à ce que nul médicament n'est capable de calmer cette irritation gingivale qui détermine chez eux ou aggrave en tous cas les troubles, les affections dont ils sont atteints.

Le seul remède que nous ayons jusqu'à présent de véritablement efficace, c'est l'incision du bord libre de la gencive, incision qui n'est pas sans danger, déterminant quelquefois les hémorragies dont de si petits êtres n'ont pas besoin.

Cette incision, pour être efficace, doit être faite alors que la dent est près de faire son apparition, autrement l'effet thérapeutique est nul et a plutôt le désavantage de former un tissu cicatriciel qui sera plus dur à percer par la suite. Avec la teinture d'iode, point n'est besoin d'inciser la gencive, il semblerait même qu'elle favorise la sortie de la dent. Cependant nous ne nous prononçons pas trop sur ce point, notre expérienee n'étant pas assez étendue.

Une petite fille de 16 mois ayant des crises nerveuses très fortes pendant les poussées dentaires périodiques, nous les avons vu disparaître à la suite d'application de teinture d'iode. En somme nous terminerons ce petit aperçu par les conclusions suivantes :

Tous les syndromes alarmants dus à la 1re dentition semblent disparaître par la suppression du prurit gingival que les applications du collutoire iodé assurent.

Nous nous permettons d'émettre le vœu que nos confrères expérimentent ce remède anodin qui nous a donné des résultats aussi encourageants. Nous leur demandons en outre qu'ils veuillent bien nous adresser les résultats qu'ils auront obtenus, et, avec les documents qu'on voudra nous communiquer, nous ferons ultérieurement une étude un peu plus sérieuse que celle que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NÉCROSE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR COMME COMPLICATION DE LA CARIE DENTAIRE

Par M. Ed. Touvet-Fanton

Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Tout récemment le *British journal of dental science* signalait un nouveau cas de mort survenu à la suite de complications dues à une dent cariée... S'ils n'atteignent pas souvent des effets aussi funestes, les accidents graves de semblable origine ne sont cependant pas rares, et sont d'autant plus fréquemment signalés aujourd'hui qu'avec les progrès de l'art dentaire ont augmenté le nombre des observateurs et aussi l'exactitude dans la recherche étiologique des phénomènes morbides en cause.

La nécrose des maxillaires, pour ne parler que de celle-là, est une de ces complications, et j'ai eu l'occasion, tant dans les hôpitaux qu'ailleurs, d'en observer un assez grand nombre de cas.

Je n'entends pas parler ici, cependant, de la forme de nécrose la plus *simple* de toutes, et qui consiste en la mortification et la chute d'un petit fragment du bord d'un alvéole, généralement intéressant la cloison interalvéolaire, et consécutive à une lésion chimique ou traumatique de ce bord ou de son périoste ; par exemple, soit après l'application d'un caustique fusant sous le pansement d'une carie dépassant le collet, etc..., soit encore à la suite du placement d'une couronne en or ou d'une dent réimplantée, lorsque le périoste, sur un des bords libres de l'alvéole, a été lésé ou détruit.

Il ne se produit alors que peu de réaction inflammatoire ; le sujet se plaint au bout d'un temps plus ou moins éloigné, variant de quelques jours à plusieurs mois, d'une sensation de gène entre deux dents, du besoin de cure-dents, de la mauvaise odeur à l'aspiration, croyant avoir quelque détritus d'aliments sans cesse intercalé.

Tout se termine avec l'extraction du petit séquestre ou par sa chute spontanée s'il n'a pas été soupçonné.

J'ai vu cette chute ne se produire que huit mois après une réimplantation, sans avoir amené d'autres désordres. Je n'ai jamais vu d'extension survenir, malgré sa possibilité.

Dans un seul cas, sur une grosse molaire à carie intéressant le collet, où il y avait eu à la fois application de caustique ayant

fusé et placement d'une coiffe d'or partielle dépassant trop le bord de la carie, il se produisit, au bout d'une *dizaine de mois*, la chute d'un petit séquestre interalvéolaire, et quelques mois plus tard des manifestations septiques intéressant le périoste de toute la dent, qui m'obligèrent à supprimer cet organe chancelant.

Cette extraction suffit à la disparition complète des désordres.

Il s'agit certainement dans ces cas de phénomènes de nécrose, mais avec *tendance à la localisation*. La carie dentaire n'y joue d'ailleurs qu'un rôle secondaire.

Il n'en est plus de même quand elle est directement en cause en servant de canal de drainage aux agents infectieux.

J'ai pu constater, pour ma part, dans la clientèle seule, six cas de nécroses du maxillaire dues à des caries de quatrième degré. Deux étaient manifestement occasionnés par l'obturation intempestive de la dent infectée.

Cinq de ces cas présentaient une relative bénignité et rentraient dans la catégorie de ce que j'appellerai la *forme commune* des accidents de ce genre ; le sixième, dont j'ai noté plus loin l'observation détaillée, revêtait la *forme grave*, quoique intéressant comme les autres le bord alvéolaire et non encore le corps de l'os.

Tous ces cas se sont produits au maxillaire supérieur.

Ce qu'il est intéressant de remarquer, c'est d'abord :

1° La fréquence de la nécrose au maxillaire supérieur, alors que les auteurs s'accordent à l'attribuer au maxillaire inférieur, à part celle qui est d'origine syphilitique ;

2° Et ensuite la prédominance de cette forme non étendue au corps de l'os, qu'elle revêt au maxillaire supérieur, alors que cette extension est si rapide au maxillaire inférieur surtout.

Ce fait doit trouver son explication dans la disposition physique régulière du maxillaire inférieur et de son périoste, et dans celle de ses dents qui le séparent profondément en deux lames, lui enlevant de sa résistance, en accroissant ses chances d'infection, ces dispositions étant jointes aux conséquences des lois de la pesanteur, qui, dans ce cas comme pour les autres complications infectieuses (phlegmon, etc.), facilitent aux accidents générateurs de la nécrose leur propagation en profondeur.

Au maxillaire supérieur, les chances, qui sont pareilles pour le rebord alvéolaire (l'infection commençant au niveau de la pointe de la racine), sont en raison inverse pour le corps de l'os.

Quant à ce qui concerne l'attribution classique au maxillaire inférieur de la fréquence de cette affection, il y a à considérer que, dans les cas bénins, la guérison étant susceptible de s'obtenir soit spontanément par l'élimination de la dent et du séquestre, soit par intervention, simple extraction, etc. Il est évident que les chirurgiens qui ont à intervenir dans les cas de nécrose ont affaire à des cas graves et les rencontrent surtout au maxillaire inférieur comme c'est la règle.

Les chirurgiens-dentistes, pensons-nous, rencontreront les cas plus simples, car c'est à eux que s'adressent d'abord les malades, qui

pensent dans ces cas n'avoir à lutter que contre leurs dents ; et ici la fréquence au maxillaire supérieur doit prédominer.

Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue que l'extension est toujours à redouter et que dans ce cas, la gravité deviendrait plus grande encore au maxillaire supérieur à cause des complications de voisinage.

Quoi qu'il en soit : dans sa *forme commune*, la marche de la nécrose n'est pas généralement très rapide ni très envahissante. Le processus est toujours le même, mais mieux marqué : infection de la dent, périostite dentaire aiguë ou chronique, extension consécutive à une poussée aiguë de cette périostite généralement à une récidive, arrêt de nutrition du bord externe, le plus souvent suppuration, élimination de petits séquestres et d'une ou deux dents chancelantes intéressant d'abord la première malade.

On doit d'ailleurs immédiatement extraire ces dents et les séquestres et tout rentre dans l'ordre, quelquefois spontanément, et mieux après les soins antiseptiques nécessaires.

C'est une bonne précaution que de ruginer la partie de l'os environnante et de promener le thermo-cautère dans la plaie.

Cependant, cette forme commune présente deux types très différents.

Le plus souvent, la région du bord du maxillaire atteint est tuméfiée, rouge, la gencive forme bourrelet autour des dents, rappelant un peu dans sa forme l'aspect de la gingivite scorbutique, surtout sur le bord externe.

Alors la douleur peut réapparaître malgré la suppuration ; le pus est mieux lié, plus jaune que dans la seconde variété. Ce premier type succède assez généralement à une poussée récidivante de périostite aiguë, douloureuse et accompagnée de fluxion ; sa marche est un peu rapide, et plus facilement enrayée.

Tantôt au contraire, et plus rarement, la marche de l'affection n'offre pas au dehors de réaction inflammatoire bien prononcée. Il y a décollement des tissus, avec tuméfaction beaucoup moindre. L'aspect est un peu celui d'une poussée d'arthrite dentaire, à peine ou point douloureuse, avec plutôt la sensation de gêne, de faiblesse ; le pus est liquide, ichoreux, grisâtre ; les séquestres sont moins nettement perçus et se détachent en très petits fragments, l'os paraît fondre. Ce type offre des caractères extérieurs de carie autant que de nécrose et est probablement lié à l'état diathésique du sujet.

Avec son aspect d'affection chronique, il succède plutôt à des désordres chroniques, et est moins facilement enrayé, tout en ayant une marche lente.

Entre l'une de ces deux variétés de la forme commune et la nécrose du corps de l'os, la nécrose peut se produire au bord alvéolaire sous la *forme grave*, soit en suivant une progression que l'absence d'intervention n'entrave pas, soit d'emblée, comme cela peut arriver pour le corps de l'os lui-même. L'envahissement est d'autant plus rapide d'ailleurs que l'état général du sujet est mauvais ; car, ici comme partout, la marche de l'affection dépend de la réaction

de l'organisme, du champ de culture plus ou moins favorable à son développement.

C'est à cette forme que se rattache le cas dont l'observation suivante peut servir d'exemple.

Observation

(6e cas. Malade présenté à la Société d'Odontologie, séance du 5 février 1895.)

Mlle Nathalie M...., couturière, 19 ans.

Antécédents : coqueluche, bronchite ; fièvre à forme typhoïde à 17 ans.

Condition sociale simple : a subi des privations. Père et mère : bonne constitution.

A perdu une sœur d'une affection de poitrine ; a un frère atteint de bronchite chronique.

Personnellement : le sujet est anémique et d'aspect lymphatique.

Aucun antécédent syphilitique.

Mlle M... avait à la mâchoire supérieure la première petite molaire droite atteinte de carie du quatrième degré, qui, en mai et juillet 1894, a occasionné des poussées aiguës et passagères de périostite.

En octobre, nouvelle crise très douloureuse, puis fluxion ; un abcès, gros, de teinte noirâtre, à suppuration ichoreuse, s'ouvre dans le sillon gingivo-labial au niveau de la racine de la petite molaire, en même temps que les douleurs disparaissent. Un docteur appelé au sujet de cet accident diagnostique un phlegmon et arrache la petite molaire qui ne tient pas (22 octobre 1894). Cette dent, examinée depuis, ne porte d'ailleurs aucune trace d'ostéite raréfiante, stigmate de la périostite chronique.

A la suite de cette extraction, la fluxion de la joue diminue un peu, la peau garde pourtant cet aspect luisant et œdématié qu'elle conservera jusqu'à la fin ; mais la suppuration s'étend graduellement du côté médian, et quand, douze jours après l'extraction, la malade vient nous consulter pour la première fois (2 novembre), la suppuration a atteint l'incisive centrale droite encore peu ébranlée ; la canine et la petite incisive au contraire baignent complètement dans le pus et n'offrent plus aucune résistance osseuse au toucher. Elles sont enchâssées et disparaissent jusqu'aux deux tiers de leur couronne dans un épais bourrelet de tissu fongueux et dense, d'aspect sarcomateux et probablement formé de tissu de granulations comme on en rencontre au niveau des suppurations chroniques, mais remarquable par sa précocité, car, s'étendant depuis la 2e petite molaire jusqu'au milieu de l'arcade, il atteint au niveau de la première petite molaire extraite et du côté externe la grosseur d'un œuf de pigeon.

La petite incisive et la canine sont extraites immédiatement, entraînant avec elles des débris de périoste épaissi et mortifié, et du tissu fongueux qui les retient seul. Toute la plaie est débridée et détergée avec une solution de phénosalyl à 1 gramme pour 150 gr. d'eau chaude.

A l'exploration, la sonde ne rencontre plus trace des bords alvéolaires qui ont comme fondu et sont remplacés par la masse du tissu nouveau, que la sonde ne traverse qu'avec une résistance spéciale, semblable à celle qu'offrirait une pelote de ficelle. On sent en haut et au fond du côté externe un séquestre assez gros, adhérent ; le sinus ne paraît pas atteint, du moins quant aux symptômes directs ; en revanche, il existe aux alentours un décollement très étendu, la sonde pénètre très profondément, notamment du côté de la branche montante, et aussi sur la voûte palatine.

La malade est très affectée et très faible. En attendant de l'opérer, nous lui ordonnons de faire dans la plaie des irrigations énergiques et souvent répétées de phénosalyl en solution chaude à 7 ou 8 pour 1.000.

Malgré les soins d'antisepsie, la suppuration gagne jusqu'à l'autre incisive (gauche).

Sur le trajet de la branche montante, des taches ecchymotiques se forment pour disparaître cependant peu après, en même temps que le pus change un peu de consistance et de couleur.

Le 10 novembre, la malade rentre à l'hôpital Cochin, grâce à l'obligeance de M. le docteur Sébileau qui veut bien l'admettre dans son service. Le 12, le séquestre que nous avions senti tombe de lui-même. Le 13, M. le docteur Sébileau opère la malade endormie au chloroforme ; l'incisive centrale droite est extraite, l'incisive gauche déjà ébranlée est cependant conservée; le sinus n'est pas atteint ; les fongosités et la portion du maxillaire envahie sont nettoyées à la curette et cautérisées au thermo-cautère.

La malade quitte l'hôpital dès le lendemain. Nous la surveillons. Il existe un peu de suppuration au niveau de la grande incisive et surtout au point qui correspond à la place occupée par la 1re petite molaire, cause de tout le mal. Nous y appliquons de temps à autre quelques pointes de feu et faisons continuer l'usage de la solution phénosalylée, en bains de bouche.

La cicatrisation s'établit en même temps que la consolidation de l'incisive endommagée.

Mais la cicatrisation au niveau de la 2e petite molaire ne se fait que péniblement et ce n'est qu'un grand mois après (17 décembre) que l'on peut considérer la plaie comme complètement refermée. Le tissu de cicatrice, bien en harmonie avec le bourrelet qui a toujours existé,est relativement considérable et masque presque entièrement la perte de substance osseuse, à tel point qu'un petit appareil prothétique, supportant quatre dents à gencive d'émail artificiel, suffit à réparer complètement le tout.

Comme on le voit par l'observation qui précède, dans la forme grave l'extraction et les soins d'antisepsie deviennent complètement insuffisants.

La marche étant envahissante, la cause première enlevée, les effets qu'elle a produits suffisent pour que la propagation puisse continuer ; la périostite est intense, étendue, il y a des séquestres plus profonds, et une intervention chirurgicale sérieuse s'impose, si l'on veut éviter qu'il survienne des complications de voisinage.

Dans la forme commune d'ailleurs, on doit enlever immédiatement les dents et les petits séquestres, car ils sont accessibles et l'opération est définitive.

Dans les formes plus graves, il est préférable de ne débarrasser la plaie tout d'abord que des dents et petits séquestres qui ne tiennent plus, de débrider ensuite et de pratiquer les soins antiseptiques, mais de n'intervenir plus sérieusement que par une opération unique et définitive.

Cette opération ne doit pas être retardée, et elle est nécessaire, si l'on ne veut pas s'exposer à voir la propagation atteindre le degré

plus avancé, qui constituerait alors la nécrose du corps du maxillaire, dont il ne doit pas être question dans cette note qui ne concerne que les formes limitées.

Conclusions

Dans les traités classiques, on ne se préoccupe sérieusement que de la nécrose du corps des maxillaires.

On n'insiste pas assez sur celle du bord alvéolaire, particulièrement intéressante pour les chirurgiens-dentistes qui sont appelés à la rencontrer plus souvent.

Au point de vue clinique, on peut faire des formes de la nécrose la division suivante :

- A. Nécrose des bords du maxillaire.
  - 1° Forme à tendance localisée (très simple), à séquestres petits et superficiels.
  - 2° Forme commune (à extension moyenne) à séquestres accessibles : deux types.
    - α type à réaction inflammatoire violente (le plus fréquent).
    - β forme torpide.
  - 3° Forme grave (à extension rapide) à séquestres profonds.
- B. Nécrose du corps de l'os.
  - .....

Si la nécrose du corps de l'os atteint plus spécialement le maxillaire inférieur, c'est le maxillaire supérieur qui est numériquement le plus atteint, mais il l'est surtout par la nécrose des bords.

La nécrose ayant pour origine la carie dentaire succède plus souvent à une poussée aiguë, récidivante, de périostite dentaire, qu'à une première apparition.

Mais sa production n'est nullement en rapport avec l'ancienneté des désordres atteignant la dent ou la racine en cause.

La marche de la nécrose est d'autant plus envahissante qu'elle est survenue à la suite d'accidents plus aigus.

Elle est d'autant plus difficile à enrayer qu'elle a revêtu une forme torpide.

Le bord alvéolaire externe est celui qui est le plus souvent atteint.

L'intervention chirurgicale unique et définitive est préférable.

Aussi dans les cas simples devra-t-on extraire dents et séquestres qui sont tous accessibles, ce qui constitue cette opération.

Dans les cas graves, il est préférable de n'enlever tout d'abord que les dents qui ne tiennent plus et empêchent le nettoyage de la plaie, et de laisser le reste, si l'intervention présente ne doit pas être définitive.

L'os ne se reforme pas au maxillaire supérieur, mais dans les cas où la perte de matière n'a pas été très considérable, on peut

compter sur le tissu cicatriciel, qui y est très épais, pour y remédier en partie.

NÉCROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME ÉLOIGNÉ

Par M. le Dr Maurice Roy

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Il est vraiment curieux de voir un traumatisme, ayant eu lieu plusieurs années auparavant, être cause d'accidents en apparence spontanés et qui évoluent avec une assez grande rapidité, alors que tout était resté silencieux jusque-là et que la cause initiale était presque complètement oubliée du malade, qui ne songeait pas à établir une relation de cause à effet entre elle et les accidents observés. Je vais vous donner l'observation succincte d'un cas assez intéressant à ce sujet, que j'ai eu à traiter dans ma clientèle.

M. M..., 30 ans environ, vient me trouver le 15 mars dernier; il raconte qu'il y a quelques jours il a eu une fluxion très volumineuse, que depuis il souffre à la mâchoire inférieure et qu'il a de la suppuration au niveau des incisives du côté gauche. C'était la première fois qu'il souffrait dans cette région.

J'examine la bouche de ce malade, elle est assez mal entretenue; mais, néanmoins, les dents sont saines en apparence. A la mâchoire inférieure, dans la région qui s'étend de l'incisive centrale à la canine, la gencive à la partie antérieure est tuméfiée et à la pression on fait sourdre du pus en assez grande abondance.

Ces dents examinées sont indemnes de carie; à la percussion, les deux incisives gauches et la canine sont douloureuses et elles sont mobiles; toutefois, l'incisive latérale est plus douloureuse et plus mobile, elle présente un léger changement de coloration. Je diagnostiquai une périostite avec abcès alvéolaire due à une mortification de la pulpe, de l'incisive inférieure latérale gauche.

J'enlevai immédiatement la dent, ce qui donna issue à une assez grande quantité de pus et, la dent étant coupée, je trouvai sa pulpe gangrenée, ce qui était la confirmation de mon diagnostic.

J'avais recherché les causes qui avaient pu amener cette mortification et le malade n'avait souvenir d'aucun choc reçu sur cette dent.

Je lui fis des lavages phéniqués, que je lui fis continuer chez lui, et ne le revis que huit jours après.

La suppuration avait continué, mais le malade ne souffrait plus; j'explorai l'alvéole et je sentis un séquestre assez volumineux que je réussis à enlever. J'en enlevai un autre plus petit dix jours après et, à partir de ce moment, la suppuration diminua peu à peu et la plaie se ferma sans autre incident.

Toujours intrigué par cette mortification de pulpe, cause pre-

mière de ces accidents, j'interrogeai à plusieurs reprises le malade à ce sujet et j'appris enfin que, quinze ans auparavant, il avait reçu accidentellement dans cette région un coup de couperet (ce malade est boucher) qui lui avait fendu la lèvre supérieure ; la cicatrice se distinguait encore dans la moustache et correspondait comme situation à la dent mortifiée. Il me paraît donc rationnel d'attribuer à cette cause la mortification de la dent et, par suite, la nécrose partielle du maxillaire.

Il m'a paru intéressant de vous communiquer ce cas où des accidents assez graves ont été produits par un traumatisme remontant à quinze ans.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 5 mars 1895.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures 20.

M. de Marion. — Je proteste contre le compte rendu de ma communication qui a été fait dans l'*Odontologie*; ce qui en a été retranché en dénature complètement la partie scientifique. Beaucoup de dentistes se préoccupent de la façon d'antiseptiser, et c'est précisément cette partie qui a été supprimée.

M. Francis Jean. — Nous prenons acte de cette protestation.

M. le Dr Roy donne lecture de la correspondance, qui comprend des lettres d'excuses de MM. Jean et Josef.

M. Francis Jean. — Je trouve sur le bureau deux exemplaires du rapport adressé par MM. Godon et Ronnet au Ministre de l'Instruction publique sur l'enseignement et l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis sous ce titre : « *Une mission en Amérique* ». Les auteurs offrent cet ouvrage à la bibliothèque de l'Ecole.

Ce document est des plus complets, puisqu'il détaille l'organisation de 52 écoles dentaires, 160 sociétés, 17 journaux, etc., mais il est particulièrement intéressant au point de vue de nos revendications sur l'origine de l'art dentaire en général. Il prouve que, si cet art a pris son essor en Amérique, cela est dû en partie à deux Français, Gardet et Lemaire, qui, en 1830, émettaient déjà des idées se rapprochant assez des méthodes actuelles.

Cela montre que si, en France, de 1830 à 1879, l'art dentaire a été inférieur à ce qu'il était dans certains pays étrangers, nous avions été en cela, comme en bien d'autres choses, les véritables initiateurs. Aussi depuis 1878 nous sommes-nous efforcés de reprendre la situation que nous avions perdue durant la première moitié de ce siècle.

L'important travail de MM. Godon et Ronnet nous permet de nous rendre compte du mouvement dentaire d'un pays où il s'est organisé d'une façon remarquable et nous adressons, au nom de la Société d'Odontologie, nos félicitations et nos remerciements sincères à nos collègues pour leur si complète et si intéressante étude.

I. — De l'huile stérilisée comme anesthésique local, par M. Loup

M. Loup donne lecture d'une note sur ce sujet (Voir d'autre part).

DISCUSSION

M. Fournier. — Comment M. Loup stérilise-t-il l'huile ?

M. Loup. — Je fais bouillir pendant 5 minutes.

M. Godon. — De l'huile d'olive ?

M. Loup. — Oui.

M. *Bonnard.* — Pendant 18 mois j'ai employé la cocaïne avec l'huile de vaseline, mais j'y ai renoncé à cause des inconvénients de celle-ci dans la bouche, elle ne se résorbe pas; j'ai employé ensuite les tubes de phényl-cocaïne de Vigier avec lesquels j'ai eu également des ennuis. Enfin j'ai employé l'huile stérilisée à laquelle j'ai renoncé aussi pour revenir au phénate de cocaïne, dissous dans l'huile d'olive et renfermé dans des ampoules de verre fermées à la lampe et stérilisées à l'autoclave.

Je crois, à ce propos, que le procédé de stérilisation dont se sert M. Loup n'est pas parfait et qu'il ne le sera que quand il emploiera des ampoules.

M. Stévenin. — L'huile est stérilisée dans l'ampoule ?

M. Bonnard. — Oui.

M. de Marion. — Les huiles minérales ne sont pas résorbables parce qu'elles ne s'émulsionnent pas. Aussi j'emploie la cocaïne dissoute dans de l'huile d'amandes douces.

M. Bonnard. — Depuis que je me sers d'huile stérilisée, je n'ai plus d'ennuis.

M. le Dr Roy. — M. Loup vient de dire dans sa communication que l'empoisonnement des cellules par la cocaïne entravait la réparation des tissus ; sur quoi se base-t-il pour avancer cela ?

M. Loup. — Je n'ai pas dit que cela *empêchait* la réparation des tissus, mais que cela la *retardait*. En faisant des expériences avec l'huile d'olive stérilisée, il n'y a pas de retard dans la cicatrisation.

M. le Dr Roy. — La cocaïne reste trop peu de temps dans les tissus pour les influencer. Pour ma part, j'emploie la cocaïne sous forme de solution aqueuse et la cicatrisation marche aussi bien que si je ne mettais pas de cocaïne. La cocaïne est un poison tout à fait temporaire du protoplasma, qui ne saurait entraver la réparation des tissus ; s'il y a un retard dans la cicatrisation cela est toujours dû à une faute contre l'antisepsie.

M. Martinier. — Depuis trois ans j'emploie l'oléo-naphtine et elle

me donne de bons résultats : pas d'eschares et pas d'accidents. En quoi l'huile d'olive stérilisée peut-elle différer de l'huile employée jusqu'à présent ?

M. Loup. — Le procédé de conservation est certainement défectueux ; quant à la différence entre les deux huiles, je n'en vois pas.

M. Martinier. — C'est parce que je n'ai pas obtenu de mauvais résultats avec l'huile de naphte que je continue à m'en servir.

M. de Marion. — Les huiles minérales ne s'émulsionnent pas, et c'est ce qui explique que M. Bonnard a eu des injections entières non résorbées.

M. Dubois. — La préparation de M. Martinier est-elle faite suivant une formule particulière, ou bien est-ce la formule de Vigier ?

M. Martinier. — C'est la formule de Vigier.

M. Dubois. — Je suppose que M. Vigier n'emploie plus, pour dissoudre la cocaïne, l'huile de vaseline comme il le faisait autrefois. Son liquide actuel a un aspect huileux, qu'il n'avait pas il y a quelques années, et je suis tenté de croire qu'il se sert actuellement d'une huile végétale. Il est certain que l'huile de vaseline et ses analogues ne s'absorbent pas ; que cela soit dû à la difficulté d'émulsion ou à toute autre cause, le résultat est le même.

L'emploi des liquides huileux pour les injections hypodermiques a été tout d'abord essayé pour le traitement de la syphilis. Afin de se rendre compte du mode d'absorption, — dans le service de M. Balzer — on en a injecté à des chiens qui ont été sacrifiés ensuite ; or, après plusieurs jours, la masse était presque intacte dans l'épaisseur des tissus. Cela explique que des doses massives de sels mercuriels ne s'absorbent qu'assez lentement.

En ce qui concerne les chances d'intoxication, un véhicule huileux est supérieur à un véhicule aqueux, car, avec le premier, l'absorption n'existe pour ainsi dire pas.

M. Viau. — Je ne crois pas aux accidents locaux de la cocaïne parce qu'elle est très vite éliminée et, pour cette raison, les accidents locaux ne peuvent pas être admis. J'ai essayé beaucoup d'huiles et je suis revenu à la solution aqueuse et, avec 2 ou 3 centigrammes de cocaïne, on ne remarque pas d'accidents. Je n'ai, au contraire, pas observé l'anesthésie que signale M. Loup avec les injections d'huile pure.

M. Stévenin. — Les huiles minérales s'émulsionnent très difficilement, ne se saponifient pas et ne s'absorbent pas ; le corps n'en prend aucune partie.

M. Loup parle de l'injection d'un corps neutre ; or, un chirurgien de Vienne, en employant des doses de cocaïne de plus en plus faibles, est parvenu à anesthésier avec de l'eau distillée. Quand vous injectez un corps neutre, cette injection est douloureuse ; elle ne l'est pas si c'est un médicament.

M. Loup. — Si l'on fait une injection en poussant le piston avec force, on a de la douleur ; tandis que, si l'on pousse doucement, il n'y en a pas.

M. le Dr Roy. — Je ne nie pas que le liquide huileux ait des

avantages, mais je dis que la cocaïne ne peut avoir d'action sur la réparation des tissus. Le chirurgien viennois dont parlait M. Stévenin, c'est Schlech ; il injectait une solution de cocaïne à un titre très faible, puis il continuait avec de l'eau salée. L'eau distillée a aussi donné des résultats, mais ils n'étaient pas constants.

M. Choquet. — Je suis de l'avis de M. Dubois. Ainsi le dimanche où M. Amoedo a fait des implantations chez lui, il a d'abord fait 7 ou 8 injections d'une solution huileuse, et le sujet n'a pas eu de syncope.

M. Dubois. — Des communications de MM. Loup et Bonnard découle une conclusion pratique : la supériorité des solutions huileuses. Avec l'eau vous avez de l'absorption, et c'est être un peu optimiste que de dire qu'avec 2 ou 3 centigr. de cocaïne, en solution aqueuse, vous pouvez toujours injecter sans danger. Si petites que soient les chances d'absorption, elles peuvent se rencontrer. Or, il ne faut pas oublier que la cocaïne a un martyrologe, et même un certain nombre de morts à son passif; c'est donc un poison, puisque les doses thérapeutiques confinent à sa dose toxique. Je serais enchanté, pour ma part, qu'il ressortît de la communication qui vient d'être faite la conclusion : qu'avec les huiles la cocaïne perd de ses dangers.

M. Godon. — Si le procédé qui vient d'être décrit donne l'anesthésie sans cocaïne, ce serait très heureux et je demande à M. Loup de continuer ses recherches ; mais je crains bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi. J'ai abandonné, moi aussi, les solutions aqueuses et, avec la solution fournie par M. Vigier, je n'ai plus d'accidents; j'appuie donc ce que dit M. Dubois pour l'emploi de l'huile. Quant aux accidents locaux, ils sont dus le plus souvent à des défauts d'asepsie des instruments ou du liquide, il y a donc avantage à employer les ampoules de M. Bonnard, mais il reste la question de la seringue.

M. de Marion. — J'approuve la théorie de M. Dubois ; mais je dois dire que, même avec la solution huileuse, il m'est arrivé une intoxication cocaïnique, avec tous ses accidents, chez une jeune femme de 23 ans, très forte, que j'ai conservée malade chez moi pendant quatre heures.

M. le Dr Roy. — Quelle huile aviez-vous employée ?

M. de Marion. — L'huile d'amandes douces.

M. Bonnard. — Il y a 2 mois, n'ayant pas d'ampoule d'huile d'olive stérilisée, j'employai une solution aqueuse : j'eus des accidents. Au contraire, je n'en ai jamais eu avec les solutions dans l'huile à 3 0/0.

M. Choquet. — Le nettoyage de la gencive jouant le rôle principal, qui peut dire qu'il n'introduit pas un germe quelconque ?

M. Dubois. — M. Bonnard emploie-t-il du chlorhydrate de cocaïne ?

M. Bonnard. — Du phénate de cocaïne.

M. Viau. — Je m'en sers depuis très longtemps. Mais est-ce un sel ? Je demande cela parce que je n'ai pas encore pu trouver en France le phénate de cocaïne seul ; j'en ai fait venir de chez Merck,

de Darmstadt, et le produit que j'ai reçu est celui que je vous ai présenté en 1886. Or Merck m'a dit que le phénate de cocaïne employé en Allemagne n'est pas un sel.

M. Francis Jean. — L'anesthésie locale nous intéresse vivement, c'est ce qui explique que nous nous écartions un peu du sujet, mais il y a lieu d'y revenir. A mon avis, aucun des corps neutres employés ne peut déterminer d'eschares, si toutes les précautions antiseptiques ont été prises.

De mes observations personnelles j'ai constaté depuis fort longtemps que la solution grasse était préférable à toute autre parce qu'elle limite mieux l'anesthésie. Cependant elle présente quelques petits inconvénients qui consistent, chez certains sujets, en une modification particulière du tissu gingival, donnant l'aspect d'une sorte d'œdème plus ou moins durable et plus ou moins étendu. Entre autres, j'ai eu l'occasion de pratiquer une dizaine de piqûres avec la solution de cocaïne dans l'oléo-naphtine, chez la même personne dans l'espace d'un an environ. Il s'agissait d'extraire une certaine quantité de racines ; or, après chaque opération je remarquais un gonflement de la muqueuse s'étendant souvent aux parties molles avoisinantes et persistant après plusieurs mois.

Le résultat de cette observation est du reste confirmé par la discussion actuelle, de laquelle il ressort néanmoins que les solutions grasses sont préférées aux solutions aqueuses et M. Loup fera bien de nous présenter d'autres observations.

II.— De la teinture d'iode dans le prurit gingival des enfants, par M. Loup

M. Loup donne lecture d'une observation sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. le Dr Roy. — M. Loup parle du prurit gingival et des accidents de dentition, mais il ne sépare pas suffisamment le premier des seconds. On sait que beaucoup d'auteurs nient la réalité de ceux-ci et pensent qu'il y a toujours un trouble du côté de l'appareil digestif ou d'un autre, capable d'expliquer les phénomènes mis sur le compte de la dentition. Je serais, pour ma part, assez porté à me ranger à cette opinion d'après les nombreux exemples que j'ai vus pendant mon séjour à l'hôpital des Enfants malades.

M. Loup. — Je veux bien admettre que les accidents généraux dus à la dentition n'existent pas ; mais les accidents locaux existent, autrement comment M. Roy expliquerait-il le cas que je cite? Il faut bien admettre la corrélation de l'état local à l'état général.

M. le Dr Roy. — Il faudrait voir l'enfant au moment des crises.

M. Dubois. La communication de M. Loup semble établir une relation entre le prurit gingival et un état nerveux se manifestant par des crises plus ou moins prononcées, et il est possible qu'un caustique comme l'iode fasse disparaître cet état d'éréthisme, mais il n'établit pas la corrélation de ce prurit avec l'éruption d'un groupe de dents.

M. Loup. — Cette crise a précédé l'éruption des incisives centrales supérieures et il semble que l'iode aide à la poussée des dents.

M. Francis Jean. — Dans tous les médicaments préconisés contre le prurit gingival, il n'y a que l'action mécanique qui agit. Le remède de M. Loup est à employer d'autant plus que c'est un traitement inoffensif.

III. — Présentation d'une dent rompue par surcalcification par M. Loup

M. Loup. — J'ai enlevé une dent qui s'est rompue spontanément et qui est restée ainsi 2 ans dans la bouche (Il la présente).

M. Francis Jean rappelle un cas de fracture que M. Lecaudey présenta il y a quelques années; les morceaux fracturés de la dent ne pouvaient être réunis à cause de la surproduction calcique de la pulpe ; le cas était typique.

IV. — Don a la bibliothèque de l'École, par M. Steiner

M. Godon. — Je suis chargé par M. Steiner, de Grenoble, un des premiers donateurs de la Société, qui a déjà enrichi notre musée de pièces intéressantes, de vous présenter 3 petits volumes qu'il offre à notre bibliothèque et qui sont d'un vif intérêt pour l'histoire de notre profession. L'un est dû à Martin, et porte la date de 1679 ; le second à Bourdet, 1759,et le 3e à Saucerotte (1813). J'ai lu ces trois volumes et j'y ai trouvé des choses intéressantes ou curieuses à divers titres, que je vous demande la permission de vous signaler.

M. Loup parlait tout à l'heure des accidents de dentition ; eh bien, voici ce qu'on en pensait il y a plus de 200 ans (il donne lecture d'un passage du livre de M. Martin relatif à l'emploi des pattes de taupes pour combattre les accidents de dentition). Cet usage des pattes de taupe comme antidote de ces accidents ne s'est pas perdu, paraît-il ; j'en parlais dans une maison dernièrement et il m'a été dit qu'il est encore employé dans certaines contrées.

M. le Dr Roy. — Dans le centre de la France on met autour du cou des enfants des pattes de taupes pour les protéger contre les accidents de dentition.

M. Godon. — Voici ce que dit Martin sur la formation des dents (il continue ses citations). L'auteur explique pourquoi les dents des enfants n'ont pas de racines ; plus loin, il dit que les dents s'allongent constamment : ce sont les deux erreurs principales que j'aie remarquées dans ce livre. Comme soins, il est question surtout de l'extraction ; comme prothèse, de dents postiches maintenues avec un fil d'or.

L'ouvrage de Bourdet est bien plus intéressant. Il pourrait presque être réimprimé maintenant avec quelques modifications ; il est fort intéressant quand il décrit les douleurs de dents et on trouverait bien peu à y reprendre aujourd'hui. L'auteur ne sait que ce qu'on pouvait savoir de son temps, mais il le sait bien. Comme opérations, il pratique l'extraction et le limage et il parle même de la destruction du nerf des dents. En matière de dents artificielles, on

est plus avancé à cette époque qu'au temps de Martin : on fait des dentiers à ressort sur hippopotame ; il n'est pas question des dents de porcelaine qui n'étaient pas encore connues.

Le volume de Saucerotte, quoique daté de 1813, est fort en retard sur celui de Bourdet ; il est écrit en vue de la clientèle et n'offre que peu d'intérêt.

M. Francis Jean. — Je prie M. Godon d'adresser les remerciements de la Société à M. Steiner pour son intéressant envoi ; ces livres sont précieux et la bibliothèque a trop rarement l'occasion d'en recevoir de semblables.

V. — Contribution a l'étude de l'amalgame, par M. Godon

M. Godon donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*) et présente des échantillons d'amalgame dans des tubes de verre et des morceaux d'ivoire.

DISCUSSION

Un membre. — Depuis combien de temps ces amalgames sont-ils dans ces tubes ?

M. Godon. — Depuis 15 jours.

M. Dubois. — J'ai expérimenté longtemps le même procédé que M. Godon et je l'ai abandonné comme ne donnant pas, en apparence, de résultats supérieurs. D'après une communication récente à la Société odontologique de la Grande-Bretagne, M. Ch. Tomes y a renoncé également. L'idée de M. Godon est néanmoins judicieuse : l'amalgame se rétracte proportionnellement à sa masse. Dans le même but, j'ai inséré des bouts de fil de maillechort sur lesquels j'ai fait pratiquer une rainure, de manière à ce qu'ils s'agrippent. Cela m'a donné d'assez bons résultats. Nombre de combinaisons de différentes matières obturatrices offrent des avantages, surtout celle qui consiste à mélanger le ciment et l'amalgame. On mélange comme à l'ordinaire et on réunit les deux substances. Il est évident que ce procédé assure tout d'abord l'adhérence aux parois, puis combat la tendance à se contracter. Un autre moyen, sur lequel j'aurai à revenir et qui fait l'objet de la communication de Tomes, consiste à prendre de vieux morceaux d'amalgame et à les chauffer pour les rendre plastiques ; triturés à nouveau, ils sont insérés dans la cavité, puis recouverts avec de l'amalgame frais, et cela donne des résultats satisfaisants. Tomes a mesuré la masse des amalgames en la calculant d'après les poids spécifiques et il a trouvé que, par ce procédé, il obtenait un minimum de rétractilité égal à celui obtenu avec l'amalgame de palladium. C'est, en somme, une variante du procédé dont parle M. Godon.

M. le Dr Roy. — J'ai employé autrefois le procédé de M. Godon, j'ai mis des morceaux d'amalgame dur au milieu de la masse d'amalgame frais pour diminuer la rétraction. Les expériences qui nous sont présentées paraissent assez concluantes.

M. Godon. — Ces expériences doivent être reprises. Je n'ai pas

présenté la chose il y a 4 ou 5 ans quand je les ai commencées, parce que je n'avais rien de décisif.

M. Francis Jean. —Je crois que la rétraction de l'amalgame ne se produit pas à la périphérie, mais bien à la surface libre où, par le tassement, le mercure revient toujours ; la preuve en est dans votre essai où l'obturation a laissé pénétrer légèrement le liquide colorant en un endroit tandis que le fond n'a pas varié.

M. Godon. — Dans le tube que je présente, le mercure doit être plutôt en plus grande quantité vers la surface inférieure de l'obturation. A la partie supérieure où il y a de la rétraction, il y a moins de mercure.

M. Dubois. — Le mercure est distribué inégalement dans la masse obturatrice ; des expériences de Kirby l'ont établi.

M. le Dr Roy. — Les amalgames ont-ils été faits en même temps?

M. Godon. — Non, mais nous les avons laissés les uns et les autres dans l'encre pendant 48 heures.

VI. — Fils de platine doubles en tire-bouchon, par M. Godon

M. Godon. — M. Dubois a préconisé l'emploi de fils en aluminium pour mettre dans les canaux et les nettoyer. Avec les fils doubles tordus, en platine, que je vous présente, on emplit plus facilement le canal de la substance d'obturation et, tandis que le fil lisse glisse, ces fils en tire-bouchons entraînent plus de matière.

VII. — Essais de ciment, par M. Dubois

M. Dubois. — Vous avez pu voir un article de M. W. B. Ames, de Chicago, recommandant un mélange de ciment et d'oxyde noir de cuivre. Voici des échantillons résultant de l'essai de ce procédé.

La séance est levée à 11 heures 35.

Le Secrétaire général,
Dr Roy.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Réunion du mardi 8 *janvier* 1895.

Présidence de M. Ducournau, président.

M. Insall présente une observation sur un cas de dents surnuméraires.

Mlle D., une Canadienne de 17 ans, était venue me prier de lui redresser deux dents du haut, deux incisives centrales, qui chevauchaient ; c'était d'ailleurs la seule irrégularité dans cette bouche dont les arcades dentaires et les dents étaient d'une symétrie remarquable. Je conseillai l'extraction des deux dents surnuméraires.

Je pris d'abord une empreinte de la bouche, puis, l'extraction faite, j'enduisis de cire les racines et les plaçai dans l'empreinte à leur place respective.

La dent surnuméraire gauche affecte la forme d'une incisive latérale

normale ; celle de droite en diffère un peu surtout quant à sa face disto-linguale.

Mlle D. appartient à une nombreuse famille et il paraît qu'elle est la seule à présenter une anomalie quelconque de la dentition permanente alors que la dentition primaire était normale.

M. Insall présente ensuite une dent dont la racine palatine a été sectionnée.

Mlle X., une Française, avait une dent affectant une forme particulière tellement gâtée qu'il n'en restait pour ainsi dire que les racines et à laquelle elle tenait cependant. Je décidai de placer sur cette racine une couronne et, pendant des mois, tout alla bien.

Un jour Mlle X. mordit sur un os et, à partir de ce moment, il se déclara une inflammation chronique de la racine palatine qui atteignit un tel point que je conseillai l'extraction. Ma malade s'y opposant, il en résulta une dénudation complète : la racine palatine était à découvert dans toute sa longueur.

Je conseillai des badigeonnages à la teinture d'iode autour de la racine et chaque application causait un soulagement.

Mais l'inflammation subsistant toujours à l'état chronique, et ma malade persistant à conserver sa dent, je me résolus à la résection de la racine palatine.

Avec une fraise rugueuse que je fis pénétrer jusqu'à l'intérieur de la couronne, j'enlevai une partie de la dent emprisonnée par elle afin de me procurer des points de repère pour une obturation de la partie restant à nu avec un amalgame de cuivre de Sullivan, plus facilement supporté que les autres par les muqueuses de la bouche et surtout mieux que la dentine morte.

Je fis cette opération avec l'intention d'arrêter le mal, mais avec peu d'espoir de réussir.

Ma malade partant le soir même, je prescrivis des attouchements avec le glycérolé de tannin pendant 5 jours et, si l'inflammation persistait plus longtemps, un badigeonnage de teinture d'iode tous les 3 jours. Je ne la revis que 3 semaines après ; elle prétendit avoir fait les attouchements de glycérolé, mais n'avoir pas remarqué d'inflammation et dès lors n'avoir pas recouru à l'iode.

Je l'ai revue il y a quelques jours, 6 mois après l'opération, et la couronne ne tient que sur les deux racines labiales. C'est aussi solide que le jour de la pose et la malade mord dessus comme sur ses dents naturelles.

M. Insall présente enfin un séquestre éliminé du maxillaire inférieur après un traitement de 10 semaines par l'acide sulfurique aromatique.

En avril 1894, j'ai extrait une 2ᵉ molaire très ébranlée et, deux mois après, j'ai fait à mon malade une pièce pour remplacer les dents du côté droit. En août le sujet se trouva incommodé par sa pièce et cessa de la porter ; en septembre, de retour à Paris, il vint à mon cabinet, où M. Ducournau le soigna en mon absence.

Le point malade présentait toutes les apparences d'une racine non extraite. A la visite suivante je constatai un suintement par une ouverture fistuleuse située au niveau de l'alvéole où se trouvait la dent extraite auparavant. Une sonde introduite par l'ouverture rencontra l'os nécrosé, dont j'enlevai une partie que je montrai à M. Ducournau qui confirma mon diagnostic : nécrose du maxillaire.

Après 10 semaines d'attouchement avec l'acide sulfurique aromatique je vis le séquestre se détacher et, avec une pince ordinaire, je pus l'enlever. La guérison de la plaie s'est faite normalement et j'espère dans quelques semaines pouvoir poser à mon client une pièce s'adaptant au maxillaire, aujourd'hui un peu déformé.

L'adoption du projet de statuts de l'Association amicale des dentistes en cas de maladie est renvoyée à la réunion de février.

Il est donné lecture d'un travail de M. *Guillaume Vajna*, de Buda-Pesth, relatif à un isolateur mettant la dent à obturer à l'abri de la salive et pouvant supprimer l'emploi de la digue en cas d'obturation plastique.

Cet isolateur s'emploie en cas d'obturation des dents inférieures avec les matières plastiques (cavités centrales et proximales des molaires et bicuspides inférieures) et dans la préparation des canaux des racines dentaires lorsqu'on ne veut pas employer la digue. Avec l'isolateur on n'est plus gêné par les mouvements et par les sécrétions de la salive et il est facile d'exécuter les plombages avec plus de facilité et plus de précision.

Il permet d'isoler la langue et le plancher de la bouche en toute sécurité, d'éclairer la cavité de la dent à plomber avec le brillant de ses surfaces polies, enfin il tient la cavité entièrement à sec. Il n'occasionne aucune douleur et aucune gêne.

Il se compose d'un seul morceau de métal poli et brillant sans soudure et sans rivets. Il comprend deux parties convexes en forme de coquille dont les surfaces se font face et sont solidement unies ensemble au milieu par une petite pièce étroite et raide ; de l'une des coquilles s'avance, en se courbant un peu de côté, le manche de l'instrument. Sur le côté inférieur de chaque coquille et sur la jointure du milieu se trouve un crampon.

La cavité une fois préparée, on prend un morceau de mousseline carré, de 15 cent. de côté, qu'on plie en 8 ou 10 parties de manière à obtenir un petit volume d'étoffe de 2 cent. de largeur, 15 de longueur et 1/2 doigt d'épaisseur. On tire ce ruban sous les crampons de l'isolateur en le serrant à 1/3 de sa longueur sous le crampon du milieu ; on place le bout le plus court du ruban sous le crampon de la coquille sans manche et le bout le plus long sous le crampon de l'autre coquille, le reste étant enroulé autour du manche.

La partie inférieure et le bord de l'instrument introduits dans la bouche sont rembourrés d'une étoffe molle et hydrophile pour barrer et absorber la salive et afin que le bord inférieur de l'instrument n'exerce pas de pression désagréable sur les parties molles de la bouche.

On place l'isolateur avec la mousseline dans la bouche, au niveau de la dent à plomber, afin que les deux parties en forme de coquille se placent contre l'alvéole buccal et lingual de ladite dent, puis, avec une pince, on dispose l'étoffe autour de la dent, en la déprimant pour qu'elle ne dépasse pas le collet.

L'isolateur peut s'employer à droite ou à gauche, le manche toujours placé sur la commissure droite de la bouche. L'opérateur tient lui-même l'appareil de la main gauche; chaque fois il emploie un morceau de mousseline neuve et propre.

La séance est levée à 11 heures.

(Extrait de la *Revue odontologique*.)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Réunion du 19 novembre 1894.

Présidence de M. Magitot, président.

M. Dunogier présente deux moulages en plâtre représentant, l'un la mâchoire supérieure d'une femme de 22 ans, l'autre, celle d'un jeune homme de 25 ans. Sur l'un et l'autre on peut remarquer 3 grosses molaires formant de chaque côté un triangle à base tournée vers la ligne médiane, la pointe répondant à une dent située anormalement en dehors de l'arcade, au niveau de l'espace interdentaire et recouvrant 1/3 environ de la face externe de la première grosse molaire. M. Dunogier prie ses collègues de donner leur avis sur la nature de ces dents.

MM. Saussine, Pietkievicz et *Gaillard* estiment que, dans le 1er cas, la dent située en dehors et en avant de la 2e grosse molaire est une dent de sagesse ; que, dans le second, ce sont des 2es grosses molaires rejetées en dehors de l'arcade par la dent de sagesse.

M. Dunogier partage cette manière de voir.

M. Gaillard pense que, dans les cas en question, la 2e molaire a pivoté sur son axe, entraînant avec elle le follicule de la dent de sagesse.

M. Sauvez a eu, il y a quelque temps, un sujet qui avait ses 3 grosses molaires supérieures normales de chaque côté et présentait, de plus, en dehors de l'arcade, une dent de forme analogue à celle qu'on voit sur le moulage de M. Dunogier. Dans ce cas, il ne pouvait y avoir doute puisque la dent de sagesse existait et la dent située en dehors était certainement une dent surnuméraire.

Ne s'agirait-il pas, dans le cas de M. Dunogier, d'une dent surnuméraire apparue chez un sujet dont les dents de sagesse n'avaient pas évolué ?

M. Magitot ne le croit pas. On est en présence de 3 dents ayant la forme de grosses molaires, occupant à peu près leur siège habituel ; il n'y a donc pas lieu de faire intervenir la présence d'une dent surnuméraire et il est plus logique d'admettre que ce sont bien les vraies molaires poussées anormalement.

M. Dunogier présente 2 observations de dents en rotation sur l'axe, redressées à l'aide d'un appareil amovible à bandeau.

La 1re est relative à une demoiselle de 17 ans 1/2 dont les canines supérieures formaient avec l'arcade un angle de 45°. M. Dunogier a revu cette jeune personne bien souvent depuis, notamment l'été dernier, et la réduction s'est parfaitement maintenue.

La 2e est relative à une fillette de 9 ans 1/2, dont les incisives latérales supérieures formaient également avec l'arcade un angle de 45° et ne s'étaient point redressées malgré l'extraction des canines. L'enfant fut revue 6 mois environ après le traitement et la réduction ne s'était point démentie.

Le traitement a duré 1 ans dans le 1er cas, 3 semaines dans le 2e ; mais tandis que ce dernier était très simple et chez une enfant,

le premier se rencontrait chez une adulte et il y avait des déviations multiples à corriger : antéversion, rotation sur l'axe, écartement des incisives centrales, antéversion et rotation sur l'axe des deux canines, enfin rétroversion de l'incisive latérale droite.

De plus, les canines en antéversion étaient placées au-devant des incisives, c'est-à-dire que leurs bords externes étaient à 8 mm. pour la gauche, 13 mm. pour la droite, du point qu'elles auraient dû occuper sur l'arcade, en sorte qu'avant de faire pivoter ces canines il avait fallu d'abord les amener à la place des 1res bicuspides extraites, l'une, au début du traitement, la 2e, 3 mois après, lorsque son éruption fut jugée suffisante pour pouvoir la saisir.

M. Pietkievicz croit qu'il n'était peut-être pas nécessaire d'appliquer un appareil, se déclare opposé aux appareils, à moins de nécessité absolue, et croit qu'on peut compter plutôt sur les opérations. On doit s'adresser exclusivement à l'un ou à l'autre de ces deux modes de traitement, autant qu'il est possible.

Il aurait été préférable de pratiquer l'extraction des 1res grosses molaires. Chez une jeune fille de 25 ans, un chevauchement marqué des 2 incisives centrales disparut à la suite de l'extraction des 1res grosses molaires. C'est vers 13 ans qu'il convient de pratiquer cette opération.

Dans le cas de M. Dunogier, l'extraction de ces 1res grosses molaires aurait permis aux canines de se mettre à leur place normale sur l'arcade et, à ce moment, on aurait pu pratiquer la rotation brusque.

M. Rodier pense que la pression de la lèvre aurait suffi pour remettre la canine en place.

M. Gaillard admet que l'extraction aurait peut-être suffi, mais ne pense pas qu'on doive rejeter les appareils de parti pris.

Les cas où l'on peut employer la rotation brusque sont très rares, puisque le plus souvent la dent évolue dans cette position anormale par suite du trop grand resserrement des dents, et puisque, pour pratiquer la rotation, il est d'abord nécessaire d'avoir de la place pour agir. Comme, pour se procurer celle-ci, on est le plus souvent forcé d'employer un appareil, il est préférable de continuer par le même moyen.

En admettant même la possibilité de pratiquer d'emblée la rotation brusque, c'est là un procédé plus brillant que pratique, puisque le plus souvent il faut, malgré tout, un appareil pour conserver le déplacement produit.

On ne sait pas d'ailleurs si l'on n'aura pas de mortification de la pulpe en pratiquant cette rotation et il est inutile de s'exposer à cet inconvénient quand on peut l'éviter avec des appareils.

M. Magitot a retiré de bons résultats, immédiats et définitifs, de la rotation sur l'axe, notamment pour une incisive centrale supérieure gauche tournée à 45° sur l'axe ; l'incisive centrale supérieure droite était normale comme position et comme longueur, tandis que la dent anormale était moins longue. La rotation pratiquée, la dent continua son éruption sans désordres consécutifs. Par *rotation*

brusque, il faut entendre une rotation faite très lentement et avec beaucoup de précautions.

M. Dunogier n'a pas eu recours à la rotation brusque dans le premier cas ; dans le 2e, il ne l'a pas essayée, certain que la famille l'eût refusée, à moins d'employer le chloroforme. C'est pour cela qu'il s'est servi d'appareils.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie*.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RAPPORT

PRÉSENTÉ AU CONSEIL DE DIRECTION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS SUR LES RÉSULTATS DES DEUX PREMIÈRES SESSIONS DE L'EXAMEN POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE CHIRURGIEN-DENTISTE

PAR M. FRANCIS JEAN
Secrétaire général

Depuis la mise en vigueur de la loi du 30 novembre 1892 qui réglemente l'exercice de l'art dentaire en France, deux sessions d'examens ont eu lieu pour l'obtention du diplôme institué par la loi.

La première session eut lieu du 14 mai au 21 juillet.

Une deuxième session fut ouverte le 10 décembre 1894, elle devait être terminée le 23 février suivant. A cette date, le troisième examen n'était pas commencé et ne fut subi que du 10 au 23 mars. (Nous ne connaissons pas les causes de ce retard qui fut préjudiciable à nombre de candidats de province, qui s'étaient arrangés pour être présents à Paris aux dates officiellement annoncées.)

Aux termes du décret du 25 juillet 1893, le premier examen porte sur les éléments de l'anatomie et de la physiologie générales, l'anatomie et la physiologie spéciales de la bouche ; le deuxième examen comprend les éléments de la pathologie et de la thérapeutique, la pathologie spéciale de la bouche, les médicaments et les anesthésiques. Enfin, le troisième examen embrasse la clinique, les affections dentaires et les maladies qui y sont liées, des opérations ainsi que l'exécution d'une pièce de prothèse.

En l'absence d'indications, même sommaires, sur les grandes lignes de l'examen, en l'absence de traditions, la préparation se fit un peu à tâtons et, sans les cours préparatoires organisés par nos écoles, examinateurs et examinés auraient été moins satisfaits. La bienveillance des premiers, les efforts considérables des seconds ont néanmoins permis de constituer un groupe de candidats à la hauteur de l'examen. Ces nouveaux diplômés, répartis sur les différents points du territoire, démontreront les bons effets de la spécialisation reconnue par la loi de 1892.

Notre personnel enseignant ainsi que l'immense majorité de nos diplômés ont voulu obtenir le nouveau diplôme; ils y ont réussi.

La fondation de l'Ecole Dentaire de Paris il y a quinze ans s'était faite sans qu'alors on pût prévoir la réglementation; malgré cela, quand celle-ci intervint, notre programme cadrait avec les obligations légales et plaçait ceux qui l'avaient suivi dans les meilleures conditions pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste institué par la loi.

Le gouvernement était de cette opinion et c'est pourquoi il a décidé que nos anciens élèves ayant obtenu notre diplôme avant le 1er novembre 1893 seraient dispensés de deux examens.

C'est à la Faculté de Médecine que furent subis les 1er et 2e examens de la première session.

Au premier examen, nombre de candidats, venus de la province, n'avaient point passé par les écoles dentaires, d'autres n'en avaient suivi les cours que pendant une ou deux années et l'insuffisance de la plupart d'entre eux nuisit aux candidats qui n'abordaient les examens qu'après trois années régulières de scolarité, à la suite d'une longue pratique et après un travail persévérant de la dernière année.

Le deuxième examen fut subi par une autre catégorie de candidats que le premier et, s'il avait été possible de travailler sur un programme mieux limité, si quelques examinateurs avaient bien voulu tenir compte, dans une plus large mesure des connaissances spéciales des praticiens qu'ils avaient à juger, nous n'aurions qu'à applaudir à la forme de ce deuxième examen et aux résultats qu'il a donnés.

Le troisième examen, l'examen final, est, dans la pensée des auteurs du décret, le véritable examen professionnel. Sous peine d'être sans valeur aucune, il doit montrer par des preuves évidentes le savoir pratique du candidat, être la démonstration qu'après l'avoir subi on peut pratiquer n'importe quelle opération de chirurgie dentaire. On verra plus loin comment ce programme a été rempli.

Il ne s'agit plus ici d'examens oraux, mais d'épreuves montrant le savoir appliqué, l'habileté opératoire. Une installation spéciale, des locaux appropriés, des malades portant les affections habituellement traitées par le dentiste doivent être mis largement à la disposition des examinateurs et des candidats. En juillet 1894, l'administration l'avait bien compris, et elle avait décidé que cet examen aurait lieu à l'Ecole dentaire de Paris et à l'Ecole Odontotechnique.

Le jury était présidé par un professeur de la Faculté de Médecine, qui avait pour assesseurs les directeurs des deux écoles et quatre de leurs professeurs.

L'appel adressé à des professionnels pour apprécier le mérite des candidats rencontra l'approbation à peu près unanime de la corporation qui vit dans cette mesure une garantie de compétence, des

préoccupations de savoir pratique qui furent jugées d'un bon augure pour l'avenir.

Cette épreuve fut malheureusement, et de par les ordres donnés, d'une très courte durée (deux heures). Malgré cela, les examinateurs essayèrent de tirer le meilleur parti possible de la situation.

Les candidats furent divisés par groupes de 5 et invités à examiner, à tour de rôle, la bouche d'un malade et à indiquer tout ce qu'ils y observaient au point de vue pathologique ; puis ils avaient à pratiquer une opération avec ou sans anesthésie.

Ils eurent ensuite à subir, sur le premier malade ou sur un autre, une épreuve de dentisterie opératoire (préparation de cavité, obturation, aurification, pansement d'une carie du 3e ou du 4e degré, etc.) ; pour cette partie de l'épreuve ils avaient une demi-heure.

La dernière demi-heure fut consacrée à l'épreuve de prothèse, qui consistait dans la préparation d'une bouche pour la prise d'une empreinte au plâtre. Le modèle obtenu, le candidat devait fournir les indications sur le choix de l'appareil à appliquer aux patients. Enfin le candidat était interrogé sur les redressements d'après les modèles du musée.

Si l'on songe à l'importance des épreuves de cette nature dans les écoles dentaires françaises et étrangères où il leur est consacré 4 ou 5 heures par candidat, la prothèse non comprise (qui à elle seule exige au moins une journée entière), on ne peut qu'exprimer le désir qu'à l'avenir cette épreuve soit étendue.

A la deuxième session, le 1er et le 2e examen eurent lieu comme pour la première, le 3e examen fut encore réduit, l'épreuve de prothèse fut supprimée puis remplacée par une autre ne portant que sur les « opérations préliminaires à la prothèse dentaire ».

Ce n'est pas, d'ailleurs, le seul changement qui soit survenu, il en fut apporté deux autres, non moins importants, et dont les motifs ne nous sont point connus davantage : une modification dans la composition du jury, et le remplacement du local des écoles dentaires par celui de deux petites salles de l'hôpital de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, que l'Administration appelle « *des services dentaires hospitaliers* ».

Nous n'apprendrons rien à personne en disant que ces services, dépourvus de toute organisation d'enseignement, n'offrent rien de ce qui est nécessaire à l'instruction et à l'examen des futurs dentistes. Dans ces services on se borne à pratiquer la plus simple des opérations : l'extraction. De la dentisterie opératoire, il n'en est presque point question ; quant à l'orthopédie dentaire, quant à la prothèse même dans ses applications chirurgicales : restauration faciale et des maxillaires, appareils pour fractures des mâchoires, elles y sont à peu près ignorées. L'organisation matérielle y est des plus rudimentaires. Les locaux sont si exigus que les examinateurs et les candidats y avaient à peine place. Cela même engaga certains

examinateurs à faire une tentative de huis-clos, qui fut repoussée, grâce à l'énergie d'un examinateur non dentiste.

Ayant voulu nous rendre compte *de visu* de cette partie de l'examen, nous allons dire comment les épreuves furent passées.

Chaque candidat subissait une épreuve orale sur le malade examiné par lui à la clinique; quelquefois, mais rarement, il exécutait une extraction, ou bien préparait sommairement une cavité; exceptionnellement il fut pris un vestige d'empreinte avec des moyens délaissés; le plâtre, les différentes compositions pour empreintes n'y figuraient pas.

Il est évident que de semblables épreuves n'ont pas permis d'apprécier suffisamment l'habileté et les connaissances des candidats au point de vue opératoire, et il nous sera permis de dire : que d'un examen, il n'y a ici que le simulacre.

Les conséquences de ce système seraient déplorables.

Si l'élite a le sentiment du devoir et ne veut aborder la pratique qu'après s'y être préparée sérieusement, la masse ne vise que le titre et, s'il peut être obtenu sans grands efforts, l'abaissement de l'habileté professionnelle en est la résultante.

La suppression, ou à peu près, de l'épreuve de prothèse est également fâcheuse ; la prothèse en effet se lie intimement à la partie chirurgicale de notre art. La dent à pivot, le travail à pont, les appareils pour fractures des maxillaires, les restaurations buccales, la prothèse immédiate, exigent tout autant de savoir que les soins médicaux et les opérations chirurgicales, elles sont et demeureront l'apanage du chirurgien-dentiste et ne sauraient être abandonnées aux mécaniciens, sans que la lettre et l'esprit de la loi du 30 novembre 1892 ne fussent violés. Les connaissances médicales et chirurgicales qui ont déjà, d'après le décret du 23 mars 1894, une place prépondérante, ont encore été augmentées d'après l'un des décrets du 31 décembre 1894, par l'adjonction de la bactériologie et de la dissection, tandis que les connaissances en dentisterie et en prothèse sont, au contraire, amoindries. Veut-on donc que le chirurgien-dentiste ne soit plus dentiste, mais simplement médecin? Dans ce cas, il serait beaucoup plus simple de lui imposer le doctorat et de supprimer le nouveau diplôme, qui ne fournirait aucune garantie de capacité professionnelle, précisément dans les cas où le public a le plus besoin du dentiste et s'adresse uniquement à lui.

Pour nous résumer, les épreuves pratiques telles qu'elles sont constituées, et surtout telles qu'elles ont été comprises à la deuxième session, ne sont nullement suffisantes, et il est de notre devoir, dans l'intérêt du public, d'attirer l'attention des autorités universitaires sur ce point.

Nous avons dit, au début de ce rapport, que tous les membres du corps enseignant de notre Ecole et que la grande majorité de nos diplômés avaient subi avec succès les examens d'Etat et obtenu le diplôme créé par la loi de 1892. Il importe d'y revenir, car c'est là un résultat particulièrement satisfaisant, témoignant une fois de

plus des heureux résultats des écoles dentaires et de l'enseignement qu'elles donnent.

Pour la première session, il nous a été impossible d'obtenir les chiffres exacts ; on peut toutefois évaluer à 180 le nombre des candidats et à 120 celui des admis.

Pour le deuxième examen le nombre de candidats fut de 101, sur lesquels on comptait 65 diplômés et anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris. Sur ce nombre 58 ont été reçus, soit une proportion de 90 0/0.

Ces résultats sont significatifs et il est fâcheux que certains examinateurs aient fait rejaillir sur les Ecoles Dentaires l'insuffisance de candidats qui étaient étrangers à celles-ci ou qui n'y avaient fait que des études incomplètes. Il y aurait peut-être lieu de critiquer ici le peu de clarté du programme lui-même. Pourquoi ne point avoir pris soin d'énumérer dans le programme les parties de l'anatomie que le candidat devrait connaître ? Tant que le programme restera aussi indéterminé, les examinateurs s'exposent à ne pas trouver chez les candidats les connaissances qu'ils demandent.

L'Administration de l'Ecole a suivi avec soin les divers examens et elle a pu s'assurer ainsi que les candidats préparés par elle étaient à la hauteur des exigences de l'examen.

Il serait à souhaiter que les membres du jury voulussent bien prendre connaissance du dossier de chaque candidat, et ils reconnaîtraient aisément que les reproches adressés dans les sessions antérieures ne sauraient être mérités par les candidats qui ont fait régulièrement leurs études dentaires dans les écoles professionnelles existantes.

Le programme de l'Ecole dentaire de Paris est, en effet, depuis longtemps bien au-dessus de ce qu'exige la loi de 1875 et de ce que lui imposent les décrets, et sous le rapport du nombre de cours et de l'étendue qu'ils comportent, il laisse peu de place pour des additions.

CONCLUSIONS

De l'expérience des deux examens auxquels nous avons assisté assidûment et dont nous avons étudié le fonctionnement, il résulte que nous souhaiterions :

1° *En ce qui concerne les deux premiers examens* :

a) Qu'ils fussent subis à la fin de chaque année d'études, au lieu d'être groupés à la fin de la scolarité. C'est ce qui se passe pour les études médicales;

b) Qu'il fût publié un programme donnant une direction d'études à l'étudiant et à ceux qui enseignent ;

c) Que les examinateurs voulussent bien prendre connaissance des dossiers qui seraient dressés sur un modèle uniforme et présentés par les établissements où les candidats ont fait leurs études.

2° *En ce qui concerne le troisième examen* :

a) Qu'il fût remanié, de manière à ce que les futurs chirurgiens-dentistes offrissent au public de réelles garanties de compétence et d'habileté professionnelles ; et que le diplôme institué par la loi de 1892 fût au moins l'équivalent de ceux qui s'obtiennent en Amé-

rique, en Angleterre et en Allemagne; qu'enfin, l'étudiant dentiste français fût incité au travail, à l'étude pratique de la profession qu'il est appelé à exercer.

b) Le troisième examen devrait être passé seul à la fin de la scolarité, il devrait être divisé en plusieurs épreuves pratiques comprenant:

1° L'examen clinique ;

2° Plusieurs opérations de dentisterie opératoire ;

3° Une épreuve sérieuse de prothèse comprenant la préparation de la bouche et l'exécution en loge de l'appareil indiqué.

c) Quant au jury, nous estimons qu'il doit être composé d'une manière éclectique afin d'assurer l'impartialité de l'examen.

Dans la constitution de ceux de la deuxième session aucun chirurgien-dentiste n'eut place, quoique le décret du 25 juillet 1893 indique que cette catégorie de praticiens peut en faire partie.

L'Etat semble ainsi jeter une défaveur sur le diplôme qu'il a créé, et reléguer au second plan des praticiens qui ont fait leurs preuves dans l'enseignement, qui ont publié des œuvres qui sont dans les mains de tous les candidats et qui même ont une situation considérable parmi leurs confrères.

A nos yeux, l'exclusion des représentants d'aucun groupe ne se ustifie.

Nous réclamons pour les plus autorisés de notre corps enseignant, non parce qu'ils sont professeurs dans une école dentaire, mais quoique professeurs de l'une de ces écoles, nous estimons qu'il n'y a aucun obstacle légal ou de convenance à leur nomination. Cela est établi par notre conseil judiciaire.

La loi de 1880, en abolissant les jurys mixtes, a seulement fait disparaître, pour les élèves des établissements libres, le droit de choisir leur jury en ne se présentant que devant des juges où leurs maîtres avaient des représentants, mais n'a nullement interdit aux autorités universitaires la possibilité de donner une délégation (le rôle d'examinateur) à l'un des membres du corps enseignant de ces établissements libres. Si l'on allègue qu'il est mauvais que les candidats soient interrogés par ceux qui les ont instruits, il est facile de répartir examinateurs et candidats de manière à ce que, dans les différents jurys, professeurs et élèves ne soient pas en présence.

La réglementation de l'art dentaire avait donné l'espérance qu'elle contribuerait à élever le niveau professionnel. Nous reconnaissons qu'au point de vue des connaissances médicales elle a fait beaucoup, mais s'il fallait acheter ce progrès par le sacrifice de ce qui est l'essence même de notre profession, par l'abaissement de la valeur pratique du dentiste français, nous le considérerions comme un recul dont le public et les dentistes eux-mêmes seraient les victimes.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL DE 1895

La lettre suivante a été envoyée à tous les présidents de Sociétés dentaires françaises :

Monsieur le Président,

Comme nos confrères d'Angleterre, d'Amérique et d'Allemagne, nous croyons utile et opportun d'avoir un Congrès Dentaire National qui se tiendra successivement dans les grandes villes du territoire français.

Dans cette réunion, il sera possible d'exposer les idées et les méthodes nouvelles, d'examiner les questions d'intérêt professionnel dans leurs rapports avec la loi et les pouvoirs publics.

Ce Congrès doit réunir sans distinction d'origine, les différentes sociétés qui pourront, par la nomination d'un bureau, par la constitution d'un règlement, par la désignation de la ville, faire prévaloir leurs idées et leur volonté sur la direction à imprimer au mouvement professionnel.

Nous sommes convaincus que cette œuvre d'intérêt général aura votre appui ainsi que celui de tous vos collègues et nous vous prions de leur communiquer l'invitation de participer au Congrès Dentaire National qui se tiendra à Bordeaux les 16, 17 et 18 août.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre haute estime.

Pour la Commission d'organisation :
Le Président,
P. Dubois.
Le Secrétaire général,
Dr Sauvez.

Pour le Bureau local :
Le Président,
Dr Guénard.
Le Secrétaire général,
F. Rousset.

AVIS

Afin d'engager des négociations avec les compagnies de chemins de fer, il est nécessaire de connaître le nombre approximatif des congressistes. La réduction sera d'autant plus importante que le nombre en sera plus élevé. Nous prions donc nos confrères de faire parvenir sans retard leur adhésion au trésorier du Congrès, M. Viau, 47, boulevard Haussmann, Paris.

D'après les premiers renseignements pris, la réduction ne sera pas inférieure à 40 0/0.

Il sera également fait des conditions spéciales aux congressistes dans les hôtels de Bordeaux.

QUESTIONS POSÉES AU 2e EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Différents types de fracture de la mâchoire supérieure. Quels sont les accidents d'éruption de la dent de sagesse ? Nerf trijumeau ? Abcès rétro-pharyngien. Perforations du voile du palais. Par quoi sont-elles produites ? L'œdème de la glotte. Arthrites temporo-maxillaires. Polype naso-pharyngien. Sarcôme. Diagnostiquer un cancer de la langue et une gomme syphilitique. Le chancre de la langue. L'actinomycose. Odontome. Kystes dentaires. Qu'y a-t-il entre le pharynx et la colonne vertébrale ? Qu'est-ce que la grenouillette ? Dites ses variétés. Formulez une injection de morphine pour injection sous-cutanée. Formulez des pilules d'atropine. Solution de chloral pour le lavage de la bouche. Formulez une pommade avec de la vaseline et de l'acide borique pour gerçures des lèvres. Solution de permanganate de potasse. Formulez des pilules de digitaline cristallisée. Qu'est-ce qu'un fibrome ? Qu'est-ce qu'un épithélioma de la langue ? Parlez de l'adénopathie sous-maxillaire. L'angine de Ludwig. Solution de naphtol pour lavage de la bouche. Luxation de la mâchoire inférieure. Qu'est-ce que le noma ? Qu'est-ce que le

muguet ? Stomatite ulcéro-membraneuse. Causes des parotidites. Formulez une solution au naphtol. Formulez un vin composé tonique avec un litre de malaga et extrait mou de quinquina. Comment l'oblitération du canal de Sténon provoque-t-elle une parotidite ? Que savez-vous sur les nécroses des mâchoires ? Parlez-moi des ostéo-périostites du maxillaire inférieur. Qu'est-ce qu'une fracture compliquée ? Pourquoi la fracture du maxillaire inférieur est-elle presque toujours compliquée ? Complication des fractures du maxillaire inférieur. Que savez-vous sur les oreillons ? Est-ce que les oreillons suppurent ? Citez une épidémie célèbre d'oreillons suppurant ? Température maxima à laquelle l'homme peut arriver. Quelles autres glandes que la parotide peuvent atteindre les oreillons ? Formulez un gargarisme avec acide phénique et chloral hydraté. Causes des abcès rétro-pharyngiens. Vers quelle région peut évoluer le pus de ces abcès ? Symptômes de ces abcès. Œdème de la glotte. Qu'est-ce que la glotte ? Qu'est-ce que la trompe d'Eustache ? S'enflamme-t-elle dans les abcès pharyngiens ? Variétés de glossites. Accident primaire de la syphilis. Caractère du chancre syphilitique. Où siège le chancre lingual ? D'où part la trompe d'Eustache ? Qu'est-ce que la gingivite expulsive ? Quels en sont les caractères ? Complications de la carie dentaire. Comment se forment les abcès provenant de la carie ? Traitement d'une périostite alvéolo-dentaire. Caractère de la gingivite expulsive. Qu'est-ce que le chloroforme ? Qu'entend-on par anesthésiques ? Qu'est-ce que la cocaïne ? Connaissez-vous d'autres anesthésiques ? Quelle dose de cocaïne emploie-t-on ? Pour l'œil combien ? Dangers de la cocaïne. Est-ce un poison ? Qu'y a-t-il à craindre avec la cocaïne ? Qu'est-ce que la syncope ? Comment peut-on constater qu'une syncope va se produire ? Par quoi se caractérise la syncope ? Qu'y a-t-il à faire dans une syncope due à la cocaïne ? Pourquoi faut-il étendre le sujet ? Qu'appelle-t-on liqueur de Van Swieten ? De quoi est-ce composé. A quoi sert-elle ? Connaissez-vous d'autres substances antiseptiques ? Qu'employez-vous pour l'antisepsie buccale ? Solution phéniquée ; à quelle dose pour nettoyer les instruments ? Qu'est-ce que le salol ? A quelle dose l'emploie-t-on ? Comment faites-vous la solution ? Formulez un antiseptique buccal. Dans le chloral mettez-vous une essence aromatique ? Le chloroforme est-il antiseptique ? A quoi peut-on l'employer ? Peut-il y avoir des accidents au début de l'administration ? Qu'est-ce que l'arsenic ? Que veut dire dystrophique ? Comment faites-vous le pansement à l'arsenic ? Qu'est-ce que l'acide phénique ? Accidents généraux. Qu'est-ce que l'intoxication par l'acide phénique ? Accidents cérébraux. Y a-t-il des accidents généraux par le mercure ? Qu'est-ce que l'iodoforme ? A quelle dose s'emploie t-il ? Qu'est-ce que le chloral ? Est-il employé comme anesthésique ? Comme antiseptique de la cavité buccale, de quoi vous servez-vous ? Qu'est-ce que l'antipyrine ? A quoi peut-elle servir dans la pratique dentaire ? Qu'est-ce que l'éther ?

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

AFFAIRE BONNEFOY ET CONSORTS CONTRE HOEFFLINGER

Cour d'appel de Besançon (27 juin 1894).

Aux termes de l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892, le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

La femme mariée sous le régime de la communauté de biens,

ayant acquis la possession d'état de dentiste antérieurement au 1er janvier 1892, peut continuer à exercer l'art dentaire sans être inscrite personnellement au rôle des patentes si son mari, exerçant lui-même cette profession, se trouve inscrit audit rôle.

Art. 19, loi du 15 juillet 1890. (*Journal des Parquets.*)

Consulté par nous sur la valeur juridique de cette décision, M. Roger, avocat et conseil judiciaire de l'École dentaire de Paris et du Syndicat des chirurgiens-dentistes, nous répond ceci :

La Cour de Besançon a fait une application très juridique des principes que comportait l'espèce. La solution ne pouvait être douteuse. La femme commune en biens ne peut avoir de patrimoine distinct de celui de son mari, c'est la loi du contrat de mariage. Mais il ne lui est pas défendu d'exercer une profession avec l'autorisation de son mari, de mettre à profit ses aptitudes personnelles. La femme mariée peut être dentiste. Or, de notoriété publique, elle exerçait cette profession avant le 1er janvier 1892. Pourquoi voudrait-on lui enlever le droit de continuer en 1892 un droit essentiellement attaché à la personne? Parce qu'elle n'est pas nominativement inscrite au rôle de la patente, répond-on. L'argument est bien spécieux.

Dans un même local, le mari et la femme exerçant la profession de dentiste, une seule patente est exigible, comme si, en réalité, le cabinet était tenu par deux associés. Comme il est naturel d'assujettir à la patente le mari, qui est, du reste, le chef de l'association conjugale, et non la femme, on s'explique comment il se fait que la femme n'ait pas pu être inscrite à la patente.

Dans ces conditions, puisque la femme ne peut être réputée dentiste parce qu'elle ne justifie pas de son inscription à la patente du 1er janvier 1892, alors qu'il est de notoriété publique qu'elle se consacrait à la pratique de son art auparavant parallèlement à son mari, décider autrement serait tout simplement une monstrueuse injustice. Voilà les raisons qui justifient pleinement la décision de la cour de Besançon.

Cour d'appel du Brabant. Pharmacien-dentiste.

Le pharmacien D..., de Leuze, exerçait également la profession de dentiste. La commission médicale du Hainaut fit dresser procès-verbal à charge du pharmacien.

Un pharmacien, d'après la commission médicale, n'a pas le droit d'exercer une autre profession.

Traduit devant le tribunal correctionnel de Tournai, M. D... fut acquitté.

Appel fut interjeté du jugement.

La Cour, par jugement motivé, a décidé qu'un pharmacien n'était pas punissable pour exercer en même temps la profession de dentiste.

THE DENTIST'S REGISTERS POUR 1895

Nous empruntons au *Dental Record* un résumé statistique du nombre des dentistes actuellement enregistrés en Angleterre et comparé aux chiffres de 1890.

	1890	1895
Dentistes sans diplôme.......	3.700 = 76.80 0/0	3.479 = 70.98 0/0
Dentistes diplômés..........	1.138	1.422
Total des dentistes inscrits...	4.838	4.901

Il résulte de cette comparaison que le nombre des dentistes diplômés s'est augmenté de 284 en cinq ans, soit un accroissement approximatif de 56 diplômés par année.

LES DENTISTES ÉTRANGERS EN ALLEMAGNE

A titre de document nous publions la rectification suivante envoyée au Dental Review. *Elle pourra profiter aux nationalistes un peu trop exclusifs.*

M. Harlan, devant la Société dentaire lors de sa réunion à Springfield, en mai dernier, a dit : « Aucun gradé d'un établissement américain quelconque ne peut exercer la dentisterie en Angleterre, en France, en *Allemagne*, en Russie, ou dans toute autre nation à moins d'avoir subi un examen dans la langue nationale. » Cette affirmation n'est pas exacte en ce qui concerne l'*Allemagne.* La meilleure preuve que ce pays ne s'est entouré à cet égard d'aucune barrière ni petite ni grande est fournie par le grand nombre d'*Américains* qui exercent en Allemagne sans avoir subi d'examen en allemand ou dans toute autre langue et de la haute estime dans laquelle ils sont tenus par les Allemands en Allemagne. Ce qui donnera le mieux une idée de cette estime, c'est le fait que l'Empereur actuel patronne le Dr Sylvester, de Berlin, dentiste américain, qui n'a jamais subi d'examen en Allemagne, et lui a conféré le titre de dentiste de la Cour.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. La valeur antiseptique des essences. — II. Liqueur anesthésique. — III. Vaseline phéniquée aseptique. — IV. Acide trichloracétique. — V. Désinfection des poussières des appartements.

I. — La valeur antiseptique des essences

M. Miquel, dans une étude sur la désinfection des poussières sèches des appartements, a expérimenté la valeur antiseptique des essences. Il les classe ainsi par ordre d'action, la température étant de 15 degrés, et l'action étant maintenue pendant 48 heures.

	Taux pour 100 des Bactéries détruites
Essence d'amandes amères	99
— de thym	99
— de cumin	95
— de menthe	93
— de girofle	92
— de néroli	90
— de citron	88
— de lavande	81
— de cannelle	75
— d'aspic	74
— d'eucalyptus	74
— de romarin	73
— de térébenthine	66
Camphre	66

II. — LIQUEUR ANESTHÉSIQUE (Schleich).

Après une pulvérisation d'une demi-minute à une minute, avec un mélange de 4 parties d'éther et de 1 partie d'éther de pétrole, ou avec le chlorure d'éthyle, pour obtenir l'insensibilité locale, l'auteur emploie le liquide suivant, en injections hypodermiques :

Chlorhydrate de cocaïne....................	0.20 à 0.40
Chlorure de sodium........................	0.40
Chlorhydrate de morphine.................	0.05
Eau distillée................................	200.00

Pour préparer cette solution, on doit dissoudre le chlorure de sodium dans environ 220 grammes d'eau, porter à l'ébullition et ramener à 200 grammes, pour obtenir un liquide aseptique. On ajoute la cocaïne et la morphine après refroidissement seulement, afin que ces substances ne perdent pas leur action anesthésique sous l'influence de la chaleur.

Le principe actif de cette liqueur n'est pas la cocaïne, mais l'eau distillée, dont l'injection sous l'épiderme produit l'anesthésie, comme l'a démontré Liebreich. La cocaïne rend indolore l'introduction de l'eau dans les tissus. L'addition du chlorure de sodium et du chlorhydrate de morphine a pour but de supprimer les phénomènes douloureux de résorption.

(*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1894, 133, et *Pharm. Centralhalle*, XXXV, 1894, 478.)

III. — VASELINE PHÉNIQUÉE ASEPTIQUE

Pour rendre la vaseline phéniquée complètement aseptique, Reichardt recommande de chauffer préalablement, et pendant un temps prolongé, la vaseline jaune et pure à 100-120 degrés. Ce n'est qu'alors que l'on ajoute l'acide phénique. Le mélange encore chaud est versé dans des tubes de zinc fermant hermétiquement. Cette vaseline, complètement privée de germes, sera employée avec les précautions antiseptiques les plus délicates.

(*Therap. Monatshefte* et *Bollettino chimico-farmaceutico*, XXXIII, septembre 1894, 526.)

IV. — ACIDE TRICHLORACÉTIQUE

Quand les gencives ont un aspect spongieux qu'on désire faire disparaître, quand une 3[e] molaire présente une tumeur, quand on se trouve en présence de tout autre état pathologique de ce genre, la meilleure application qu'on puisse faire, c'est celle de l'acide trichloracétique : prendre une petite spatule de bois, la tremper dans le liquide et en frotter le tissu. C'est un escharotique puissant qui, en une ou deux applications, détruit la tumeur anormale. De même, si vous avez de petits nodules de dépôt calcifié sur les racines des dents, vous descendez avec la même spatule de bois jusqu'à l'apex et vous nettoyez la surface de ces racines. Toutes les fois que vous avez des dépôts calcifiés, employez cet acide, même non dilué, de cette manière : il nettoie complètement la racine. Quand vous vous êtes servis de la pince, employez cet acide et il fera disparaître tout vestige de dépôt calcifié.

Il a un excellent effet sur les tissus eux-mêmes. Une application de cet astringent énergique dans une poche d'abcès arrête l'accumulation du pus. Il m'a donné de très bons résultats dans la pyor-

rhée alvéolaire. Si j'arrive dans la racine d'une dent, je panse la pulpe en prenant une petite spatule circulaire et la faisant pénétrer dans la racine : l'acide détruit le tissu et purifie la racine en un instant, plus complètement que l'acide phénique.

(*International dental journal.*)

V. — Désinfection des poussières des appartements

Par M. Miquel [1].

M. le Dr P. Miquel a fait récemment une étude comparative des désinfectants utilisables pour la désinfection des appartements. Il condamne, avant tout, la facilité avec laquelle le public peut se procurer les antiseptiques les plus dangereux, comme le sublimé corrosif.

Les expériences de l'auteur ont porté notamment sur la désinfection des poussières sèches des appartements. De plus, comme espèce pathogène soumise à l'action des désinfectants, il a choisi la bactéridie charbonneuse saprogène, qui est très virulente.

Dans ses recherches, M. Miquel a opéré avec des substances de nature très diverses, dont il a essayé les vapeurs.

Voici, selon ses expériences, la classification des vapeurs acides, suivant leur activité destructive à l'égard des microbes :

1° *Acide osmique ;* 2° *Acide chlorhydrique ;* 3° *Eau régale ;* 4° *Acide formique ;* 5° *Acide cyanhydrique ;* 6° *Acide sulfureux ;* 7° *Acide acétique.*

L'*aldéhyde formique* semble tout à fait remarquable au point de vue microbicide et paraît destinée à supplanter tous les antiseptiques, dès que son emploi sera rendu pratique. Les vapeurs d'une solution d'aldéhyde formique à 1 pour 100 suffisent à détruire tous les microbes et tous les germes de la bactéridie charbonneuse. Elles n'ont aucune action sur les autres objets.

En présence d'un aussi important résultat, M. le Dr Miquel s'est livré à une série d'expériences sur la bactéridie charbonneuse, en employant des solutions d'aldéhyde formique de plus en plus diluées. Il est arrivé ainsi à trouver qu'à la dose de 2,5 pour 100, la bactérie charbonneuse est tuée après quarante-huit heures; c'est seulement au titre de 1 pour 800 que la bactéridie commence à résister à l'action des vapeurs pendant plus longtemps; elle n'est tuée, en effet, qu'au bout de quatre-vingt-seize heures, et, au titre de 1 pour 1.000, au bout de cent soixante-huit heures seulement.

C'est là, il faut l'avouer, un résultat merveilleux.

De même que l'anhydride sulfureux, les vapeurs d'aldéhyde ont un grand pouvoir de pénétration et vont détruire les microbes dans la profondeur des sédiments accumulés sur une grande épaisseur.

Dans des expériences directes, faites sur des cultures en bouillons, l'aldéhyde formique s'est montrée infertilisante à la dose de 1 pour 2.000, tandis que le sublimé ne produit la même antisepsie qu'à 1 pour 1.000.

Enfin, M. Miquel s'est assuré aussi des dangers d'intoxication que peut présenter l'aldéhyde formique. Il a constaté qu'on pouvait respirer assez librement, pendant plusieurs minutes, dans une étroite atmosphère livrée à la stérilisation par des solutions d'aldéhyde à 10 pour 100.

En résumé, l'aldéhyde formique réunit toutes les qualités d'un excellent désinfectant : promptitude d'action, pénétration considérable, action énergique aux basses températures, non-altérabilité des métaux et autres objets exposés à ses vapeurs, innocuité à l'inhalation à dose microbicide.

---

1. *Annales de micrographie*, juin 1894 et numéros suivants (Résumé publié par M. Denaeyer dans la *Presse médicale belge* du 7 octobre 1894).

LIVRES ET REVUES

TRANSACTIONS OF THE WORLD'S COLUMBIAN DENTAL CONGRESS

(Comptes-rendus du congrès dentaire de Chicago.)

Transactions of the World's Columbian Dental Congress, in two volumes. — Edited for the general executive committee by A. W. Harlan, A. M., M. D., D. D. S. assisted by Louis Ottofy, D. D. S. — Chicago, Illinois : Press of Knight, Leonard et C° — 1894.

DERNIER ÉCHO DU CONGRÈS DE CHICAGO

Les comptes rendus. — Les prochains congrès.

Nous avons déjà publié un compte-rendu détaillé du Congrès dentaire tenu aux Etats-Unis pendant l'exposition de Chicago. Les principaux travaux de ce Congrès ont été reproduits dans cette revue; nous avons déjà fait connaître suffisamment notre sentiment sur cette importante réunion professionnelle pour qu'il ne paraisse pas nécessaire que nous y revenions à nouveau. Mais nous venons de recevoir, au nom du comité officiel de publication, les deux volumes reproduisant *in extenso* les résultats et les travaux du Congrès, et nous croyons devoir en faire au moins une analyse succincte. Cette publication fait honneur à ceux qui l'ont su conduire à bonne fin. Elle perpétuera le souvenir de l'importante réunion professionnelle tenue à Chicago en 1893.

L'ouvrage a été publié sous la direction de notre excellent confrère et ami le Dr Harlan, secrétaire général du Congrès, assisté plus particulièrement de notre ami le Dr Ottofy, secrétaire adjoint.

Il se compose de 2 volume in-8° de plus de 500 pages.

Nous n'avons que des félicitations à adresser aux éditeurs. Rien n'y manque.

De nombreuses figures agrémentent le texte et en facilitent la compréhension, de multiples tableaux synoptiques y sont intercalés et le côté artistique de cet ouvrage rivalise avec sa valeur pratique et scientifique.

Cette publication servira certainement à faire connaître à ceux qui n'ont pu s'y rendre et à faire mieux apprécier à ceux qui y étaient présents toute la valeur technique et scientifique des multiples communications qui ont été faites au World's Columbian Dental Congress.

Le premier volume donne un compte-rendu détaillé de la composition des membres des différents bureaux nationaux et étrangers et la nomenclature des diverses commissions.

On y trouve les noms de tous les confrères qui depuis ces vingt dernières années ont, à un titre quelconque, participé au mouvement dentaire dans le monde entier.

Puis l'ouvrage relate les travaux des diverses commissions.

Plusieurs ont été déjà publiés dans différentes revues profession-

nelles ; il en est de nouveaux et de fort intéressants qui sauront certainement attirer l'attention des odontologistes, tant par leur intérêt que par leurs applications.

Les détails de l'organisation de l'assemblée de 1893 sont reproduits.

Les procès-verbaux des réunions plénières de l'après-midi, les discours de réception des délégués étrangers et leurs adresses, ainsi que les communications de choix qui y ont été faites, les travaux *in extenso* des diverses sections et des séances de démonstrations pratiques et cliniques y sont insérés. Nous y retrouvons la description et la collection des appareils du Dr Martin, de Lyon, sur la « Prothèse immédiate » que nous avons eu l'honneur d'y présenter.

Les 8 sections composant le Congrès sont passées en revue dans les 1er et 2e volumes. On voit quelle grande importance a eu chacune d'elles.

Les travaux qu'elles ont présentés sont trop nombreux pour être indiqués à nouveau ici.

Le 2e volume est complété par un chapitre de mélanges (Miscellaneous) et un appendice. Une table détaillée est insérée dans chaque fascicule et une nomenclature des figures intercalées dans le texte complète le 2e volume.

La liste des membres du Congrès y figure en entier. Nous retrouvons à la page 1.041 l'adresse des dentistes français aux organisateurs du Congrès dont nous avions, avant notre départ, proposé l'adoption à nos anciens collègues du Congrès de 1889 et qu'ils avaient adoptée à l'unanimité.

Elle offre un intérêt particulier pour l'avenir des Congrès dentaires internationaux parce qu'elle sert de trait d'union entre le congrès de 1889 et celui de 1893.

Bien certainement les résultats obtenus par le Congrès de Chicago sont venus confirmer les prévisions des membres du Congrès de 1889. L'ensemble des travaux qui ont vu le jour dans ces deux assemblées témoigne hautement de l'utilité pour les progrès de notre art de ces grandes réunions internationales de dentistes opposées aux simples sections qui nous sont réservées dans les grands congrès médicaux ; aussi reproduisons-nous avec satisfaction pour l'avenir, l'adresse que nous présentions à la dernière réunion générale du Congrès de Chicago le 19 août 1893, au nom de nos collègues étrangers et qui a été adoptée à l'unanimité :

Chicago, 19 août 1893.

« Monsieur le Président, Messieurs les Membres du « World's Columbian Dental Congress ».

» Les soussignés, délégués étrangers, considérant le succès obtenu par le « World's Columbian Dental Congress », comme le prouvent le grand nombre de ses membres et l'importance de ses travaux, désirant assurer dans l'avenir la réunion de semblables Congrès, ont l'honneur de proposer l'adoption des résolutions suivantes :

» 1. Le Congrès considère que dans des circonstances semblables à

celles qui ont amené la réunion des Congrès de Paris en 1889 et de Chicago en 1893, il ne pourra qu'être avantageux pour la profession de provoquer la réunion de Congrès dentaires internationaux.

» 2. Il laisse aux sociétés odontologiques adhérentes le soin de déterminer pour leurs pays respectifs le lieu et l'époque des prochains Congrès dentaires internationaux [1]. »

Ce que nous proposions dans cette adresse, nous le souhaitons encore aujourd'hui. En 1900 nous aurons une exposition universelle, en 1900 nous aurons un Congrès dentaire international; mais entre 1893 et 1900, époque que l'on peut fixer pour ce nouveau Congrès dès à présent, il y a place pour une autre assemblée. Qu'en 1896 ou 1897 nos confrères anglais ou allemands prennent la parole pour convier tous les membres de la profession à une nouvelle réunion, ils obtiendront certainement le même succès qu'ont obtenu leurs devanciers, les organisateurs des Congrès dentaires internationaux de Paris 1889 et de Chicago 1893, succès dont les deux volumes de comptes rendus que nous venons d'analyser sont une nouvelle preuve, et la plus éclatante. Ch. GODON.

Association Générale des Dentistes du Sud-Est de la France. Bulletin journal de la réunion tenue à Nîmes. Nice, Impr. Malvagno-Migon.

C'est faire œuvre louable que d'arracher les confrères de toute une région à l'isolement pour les grouper et les faire travailler en commun au progrès professionnel et à l'élévation des sentiments de moralité et de dignité corporative.

A voir le nombre de ceux qui ont répondu à l'appel du fondateur et premier président de la Société, notre distingué confrère M. Schwartz, on se convainc que l'heure était venue et que les exemples donnés par les sociétés plus anciennes avaient préparé les esprits à la nécessité de l'action collective.

Ce compte rendu renferme quelques communications intéressantes, notamment celle du président, M. Schwartz, sur l'asepsie en chirurgie dentaire. On y trouve aussi un petit accès de parisienophobie, mais il ne faut pas s'en étonner, car il semble que cela fasse en quelque sorte partie des débuts d'une société dentaire provinciale. Espérons pour le succès de nos affaires françaises que cet esprit séparatiste ne persistera pas. P. D.

PUBLICATIONS REÇUES

Les chirurgiens-dentistes français — Hier — Aujourd'hui — et commentaires sur la loi de 1892.

Par Ch.-L. QUINCEROT

Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, — Diplômé et ex-membre du conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, — Officier d'Académie, Officier de l'Instruction publique, Lauréat de la Société Nationale d'Encouragement au bien (Médaille d'honneur).

Imp. Ed.-Royer, 43, rue Maubeuge, Paris.

---

1. Voir *Transactions of the World's Columbian Dental Congress*, 1893, 1er vol., p. 208.

NOUVELLES

Le Banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le *samedi 4 mai* — et non le 20 avril ainsi que cela avait été annoncé — dans les salons Corazza, Galerie de Valois, Palais-Royal.

Adresser les souscriptions à M. Rollin, trésorier du banquet, 138, rue de Rivoli.

CONGRÈS POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Le XXIVe Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Bordeaux du 4 au 10 août, sous la présidence de M. E. Trélat.

Parmi les questions données au concours d'agrégation pour la section de chirurgie accouchements, nous relevons la suivante :

« Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse. »

L'INCORPORATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Le ministre de la guerre vient de prendre d'intéressantes dispositions relativement à l'utilisation, pendant la durée de leur service militaire, des étudiants en médecine.

Ils recevront, à leur arrivée au corps, une instruction militaire suffisante ; puis ils seront mis à la disposition du médecin chef de service qui les utilisera comme infirmiers jusqu'à leur envoi en congé.

Les étudiants en médecine ne doivent jamais faire partie du peloton spécial, constitué exclusivement pour recevoir les dispensés susceptibles de devenir officiers de réserve dans les armées combattantes.

Nous saluons l'apparition d'un nouveau journal professionnel en Angleterre, *The dental Weekly*.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS FAITES A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS PENDANT LE MOIS DE MARS 1895

Entrées	3207
Extractions avec ou sans anesthésie	373
Pansements	1654
Aurifications et obturations diverses	590
Appareils de prothèse et redressement	25

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Hénon père, décédé dans sa 67e année. Praticien distingué, M. Hénon avait voulu participer des premiers à l'œuvre du relèvement professionnel et il fut l'un des membres fondateurs de l'Ecole Dentaire de Paris.

Que son fils M. A. Hénon D. E. D. P., agrée nos sentiments de condoléance.

Nous apprenons également avec regret la mort d'un praticien distingué, M. Colson, qui fut membre de l'Association de l'Ecole odontotechnique et fut honoré à plusieurs reprises du vote de ses collègues.

AVIS

L'EXPOSITION DU TRAVAIL

(3e Série)

L'Exposition du Travail, qui s'ouvrira en juillet prochain, au Palais de l'Industrie, à Paris, sera l'une des plus intéressantes expositions industrielles et scientifiques de notre époque.

Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre lui ont valu le patronage officiel de MM. les Ministres du commerce, de l'instruction publique et des travaux publics. Nombre de membres du Parlement, de notabilités scientifiques ou industrielles, de chambres syndicales de Paris et de la province, ont voulu donner l'appui de leur nom ou de leur participation à cette grande manifestation.

Toutes les sections y auront leur physionomie spéciale et des attractions du plus haut intérêt attireront en foule les visiteurs. La branche de l'hygiène, si sacrifiée dans toutes les expositions, y sera l'objet de dispositions particulières absolument nouvelles, et la grande compétence de l'organisateur de cette section, M. Louis Bourne, en assure le succès. On se souvient des succès qu'ont eus, dans les deux premières Expositions du Travail, les reconstitutions pittoresques, dues à M. L. Bourne, des pharmacies historiques de Moïse Charras (1690) et Pierre Pomet (1644).

Un comité spécial pour ce groupe de l'hygiène a été constitué et nous y relevons les noms si autorisés de M. Berthelot, de l'Institut, ancien ministre de l'instruction publique ; M. Pasteur ; M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; M. le docteur Roux, auteur de la vaccine du croup ; M. d'Arsonval, directeur du laboratoire de physique au collège de France ; M. Bouquet de la Grye, de l'Institut ; M. le docteur E. Bourgoin, professeur à l'Ecole de pharmacie, député ; M. Ch. Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France ; MM. de Bonnard, Chassaing, Chevrier ; M. le docteur J.-A. Martin, inspecteur général de l'assainissement ; M. Metchnikoff, de l'Institut Pasteur ; M. le docteur E. Monin, etc,, etc.

Commissaire délégué : M. Louis Bourne, 2, rue de Provence, à Paris, à qui doivent être adressées toutes les demandes d'admission.

DIRECTION
de
L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ. ÉGALITÉ. FRATERNITÉ

Préfecture de la Seine.

COURS D'ENSEIGNEMENT COMMERCIAL POUR LES JEUNES FILLES

Depuis plusieurs années, la ville de Paris a institué, dans un certain nombre d'Ecoles communales de filles, des cours d'Enseignement commercial.

Ces cours ont pour objet de former des comptables et de donner aux employées, qui désirent compléter leur instruction, les connaissances nécessaires pour diriger avec succès une maison de commerce.

Des certificats sont délivrés, après un examen public, aux élèves qui justifient des connaissances inscrites au programme de chacun des deux degrés de l'Enseignement commercial.

Les élèves pourvues du certificat d'études commerciales sont parfaitement en mesure de tenir une comptabilité et de faire la correspondance commerciale en français ; un certain nombre d'entre elles peuvent même faire cette correspondance en anglais et en allemand. Toutes sont aptes à exercer d'une manière satisfaisante la profession de comptable.

Nous croyons rendre service à nos lecteurs en les informant qu'ils trouveront dans les cours commerciaux de la ville de Paris des employées intelligentes et sérieuses, capables de remplir à leur entière satisfaction, l'emploi qu'ils voudront bien leur confier.

Ils pourront s'adresser, pour les demandes de comptables, à Mlle Malmanche, inspectrice des cours d'Enseignement commercial de la ville de Paris, 23, rue d'Arcole.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ÉCOLE ET DISPENSAIRE

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 20 novembre 1894.

Présidence de M. Godon, Président.

Sont présents : MM. Billebaut, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Sauvez et Viau.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend :

1° Lettre de démission de M. Tusseau, chef de clinique.

Le Conseil statuera ultérieurement sur cette démission.

2° Lettre de M. Georges Devoucoux, en congé pour son service militaire. Etant de retour, il demande sa réintégration comme démonstrateur.

Le Conseil prononce cette réintégration.

3° Lettre de M. Duvoisin, de Chartres, démonstrateur, demandant qu'un congé d'un an lui soit accordé.

Le Conseil lui accorde un congé de trois mois renouvelable.

4° Lettre de M. Jacowski protestant contre certaine irrégularité du concours de professeur suppléant de prothèse.

Renvoyé au jury de ce concours.

5° Lettre de M. de Marion, qui se retire du concours de professeur suppléant de prothèse.

Renvoyé au jury.

6° Lettre de M. Roy, qui se retire du concours de professeur suppléant.

Renvoyé au jury du concours.

M. le secrétaire général propose l'ordre du jour de l'assemblée générale du mardi 4 décembre.

Le Conseil approuve cet ordre du jour et, par voie de tirage au sort, désigne sept membres pour être soumis à la réélection dans le renouvellement partiel du Conseil.

En conséquence, MM. Godon, Legret, Löwenthal, Loup, Dubois, Francis Jean et Lemerle sont soumis à la réélection, avec MM. Bonnard, Billebaut et Quincerot, membres sortants.

Il est décidé en outre que l'on procèdera au vote à 10 heures précises.

M. le trésorier soumet l'état financier qui est adopté sous réserves. Cet état sera envoyé à tous les membres de la Société.

Le Conseil accorde un crédit supplémentaire de 80 fr. pour l'aménagement matériel du service de prothèse et d'orthopédie de M. Martinier.

Une indemnité est votée à M. le Dr Pinet, pour services supplémentaires comme professeur.

Un crédit est voté pour les circulaires relatives aux cours préparatoires.

M. Bonnard, au nom de la Commission d'enquête, donne communication de son rapport dont les conclusions sont adoptées.

En conséquence :

M. Carle devra renouveler sa 2e année.

M. Scribot est admis en 3e année, les versements faits resteront acquis à l'Ecole.

Une proposition de règlement tendant à empêcher que le diplôme ne puisse être employé dans un but de réclame est renvoyée à la commission de révision du règlement intérieur.

Admissions d'élèves.

M. Logan, en 1re année.

M. Baumgarden, en 1re année.

Le Conseil consent à mettre à la disposition du groupe de dentistes patentés en 1892, sur leur demande, le local de l'Ecole. Toutefois, M. Löwenthal est délégué pour représenter l'Administration à ces réunions.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

Séance du 27 novembre 1894.

Présidence de M. Godon.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Frey, Löwenthal, Poinsot, Sauvez et Viau.

Excuses de MM. Loup, Prével et Lemerle.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de Mme Gédalge demandant pour son fils un congé d'un an.

Le Conseil accorde le congé demandé et décide que les inscriptions prises seront reportées sur la scolarité 1895-96.

M. le Secrétaire général dépose sur le bureau une brochure de M. Schwartz, de Nîmes, à qui le Conseil adresse ses remerciements.

Demande de deux crédits : l'un pour l'achat d'un appareil destiné à l'enseignement des élèves de première année, l'autre pour le tirage complémentaire de la brochure annuelle 1894-95. Ces crédits sont votés.

M. le Secrétaire général donne ensuite lecture d'un rapport du surveillant de l'école relativement à une infraction au règlement (art. 79) commise par un élève de 3me année.

Le Conseil, n'étant pas satisfait de la communication partielle de ce rapport, en exige la lecture complète.

Après discussion, le Conseil inflige à cet élève un mois d'exclusion avec affichage de la peine disciplinaire.

M. Dubois, au nom du jury du concours pour le poste de professeur suppléant de pathologie spéciale (maladies des dents), soumet le résultat de ce concours à l'approbation du Conseil.

Le Conseil approuve les conclusions du rapport; en conséquence, M. Frey est nommé professeur suppléant.

M. le Secrétaire général donne lecture du rapport du jury du concours pour le poste de professeur suppléant de pathologie spéciale (maladies de la bouche).

Le Conseil approuve les conclusions de ce rapport ; en conséquence, M. Friteau est nommé professeur suppléant.

M. Dubois adresse une demande relative aux répétitions préparatoires aux examens de la Faculté. Après discussion, le Conseil décide que les élèves en cours d'études ne pourront assister à ces répétitions sans payer les droits fixés par les règlements. Il décide en outre que d'autres répétitions seront organisées en vue de la session de fin d'année (juin et juillet 1895).

M. Dubois, président de la Commission de révision des statuts et règlements, donne lecture des modifications à apporter dans le règlement intérieur au nombre desquelles figure la constitution d'un Conseil du corps enseignant.

Le Conseil adopte ces modifications, qui devront être soumises à l'assemblée générale, et réserve pour cette séance la discussion relative à l'inaccessibilité du corps enseignant aux étrangers.

M. Sauvez propose pour la bibliothèque l'acquisition d'un lot de livres provenant de M. Videau, décédé.

Le Conseil en fixe la valeur à 30 francs, et décide que cette somme sera remise à la famille de M. Videau.

M. le Président propose un modèle de certificat de scolarité à délivrer aux postulants au diplôme d'Etat qui est adopté.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Francis JEAN.

Séance du 4 décembre 1894.

Présidence de M. GODON.

Sont présents : MM. Billebaut, Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois,

Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Prével, Sauvez et Viau.

M. le Secrétaire général donne lecture du rapport du jury du concours pour le poste de professeur suppléant de prothèse (cours théorique).

Le Conseil considère que c'est par une fausse interprétation du règlement que parmi les postulants deux candidats ont été admis à se présenter à ce concours, ces candidats ne remplissant pas les conditions stipulées à l'art. 47 du règlement intérieur. En outre, il estime que le fait d'avoir été admis à la première épreuve (examen des titres) ne saurait constituer un précédent pour l'avenir.

Le Conseil approuve les conclusions de ce rapport. En conséquence, M. Martinier est nommé professeur suppléant de prothèse.

M. le Secrétaire général fait part du décès de M. Violet-Crouzet, de Marseille, membre de la Société.

Le Conseil adresse ses condoléances à la famille de M. Violet-Crouzet.

Le Secrétaire général,
Francis Jean.

Séance du 11 décembre 1894.

Présidence de M. Dubois, doyen d'âge.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Prest, Prével, Sauvez, Viau, Roy.

Excuses de M. d'Argent.

Adoption des deux procès-verbaux des séances du 27 novembre et du 4 décembre 1894.

M. le secrétaire général informe que le procès-verbal de l'assemblée générale du 4 décembre 1894 est au secrétariat de l'école, à la disposition des membres qui désireront en prendre connaissance avant la publication.

Il donne ensuite lecture de la statistique des opérations faites à l'Ecole pendant le mois de novembre.

Il fait part en outre de l'ouverture de répétitions instituées à l'Ecole en vue de la préparation au 2e examen pour l'obtention du diplôme d'Etat.

Il est décidé que des répétitions relatives aux examens de la Faculté seront organisées pour les dentistes des départements.

M. le secrétaire général demande au Conseil de ratifier la peine disciplinaire (deux jours d'exclusion de l'Ecole) infligée à un élève (Approuvé).

Admissions d'élèves.

5 Admissions en 1re année conformément au § 1er de l'art. 16.
1 — — sans examen d'entrée conformément au § 4.
2 — — avec — — — — 4.

M. Rivemale, inscrit pour les cours préparatoires au certificat d'études, demande à ne pas passer les examens d'entrée (Refusé).

M. Gruber demande à être exempté des examens de fin de 1re année. (Refusé).

M. Lemerle rend compte, au nom des délégués, des démarches faites auprès de M. Poinsot pour le prier de reprendre sa démission et du résultat négatif de cette démarche.

Le Conseil regrette cette démission, et, à l'unanimité, nomme M. Poinsot président-directeur honoraire.

Il est décidé aussi, à l'unanimité, que les mêmes délégués qui avaient été envoyés auprès de M. Poinsot iront lui donner connaissance de sa nomination.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre collective émanant de diplômés de l'Ecole de la dernière promotion (1893-94), qui, postulant le diplôme d'Etat, demandent à suivre différents cours du soir.

Le Conseil décide de laisser les signataires de cette lettre assister aux cours de 3e année jusqu'au 23 février, date du dernier examen de la session actuelle.

M. Godon, avant la nomination du bureau, propose d'ouvrir une discussion entre les membres du nouveau Conseil à l'effet de savoir si la voie dans laquelle l'Ecole s'est engagée a leur approbation ; de plus il estime qu'il convient que le nouveau Conseil se prononce sur la conduite à tenir dans l'avenir.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Dubois, Lemerle, Roy, Bonnard, Viau, etc., sur la proposition de M. Dubois, le Conseil vote à l'unanimité moins une voix l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil approuve la conduite suivie par son précédent bureau et charge le bureau futur de persévérer dans la même voie. »

M. le secrétaire général lit une lettre de M. B., qui désire des explications au sujet de la demande d'admission qu'il avait faite.

Le Conseil décide qu'un de ses parrains l'informera de la décision prise.

Nomination du bureau.

1° Élection pour la fonction de Président-Directeur.

MM. Godon	14	voix.
Viau	1	»
Dubois	1	»

M. Godon est nommé Président-Directeur de l'Ecole.

2° Election pour les fonctions de Vice-Présidents.

MM. Viau	12	voix.
Lemerle	9	»
Dubois	6	»
Frey	1	»
Martinier	1	»
Löwenthal	1	»
Francis Jean	1	»

MM. Viau et Lemerle sont nommés Vice-Présidents.

3° Election pour la fonction de Secrétaire général.

MM. Francis Jean	15	voix.
Sauvez	1	»

M. Francis Jean est élu Secrétaire général.

M. Loup décline la candidature pour la fonction qu'il remplissait dans l'ancien bureau.

4° Election pour la fonction de Secrétaire-adjoint.

MM. Roy	12	voix.
Martinier	2	»
Prest	1	»
Loup	1	»

M. Roy est nommmé Secrétaire adjoint.

5° Election pour la fonction de Bibliothécaire.

MM. Sauvez	13	voix.
Frey	3	»

M. Sauvez est nommé Bibliothécaire.

6° Election pour la fonction de Trésorier.

M. d'Argent est élu par 16 voix.

7° Election pour la fonction de Conservateur du Musée,

M. Martinier est nommée Conservateur du Musée par 11 voix.

8° Election pour la fonction d'Econome.

M. Prével est élu par 16 voix.

9° Election d'une commission de 6 membres, chargée de proposer les listes des membres qui pourront composer les diverses commissions à constituer à la prochaine séance.

MM. Lemerle, Godon, Viau, Martinier, Dubois et Francis Jean sont élus membres de cette commission.

M. Dubois propose que le Congrès national de 1895 se tienne à Bordeaux (Adopté).

Il demande un crédit pour le tirage de 300 brochures (Adopté).

M. Godon donne connaissance des resultats des examens à la Faculté de Médecine.

M. Viau exprime le vœu que ces résultats soient publiés.

Le Conseil décide que le registres des admissions sera clos le 15 janvier.

Séance du 28 *décembre* 1894.

Présidence de M. Lemerle, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Francis Jean, Lemerle, Loup, Martinier, Roy, Prest et Sauvez.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

Le secrétaire général rend compte des examens d'admission à la clinique pour la 1re année.

Une seconde session aura lieu le 8 janvier 1895, pour les candidats ajournés.

MM. Dubois et Roy demandent des explications au sujet des ajournements.

MM. F. Jean et Bonnard fournissent des explications.

Demande d'admission de M. le Dr Dumont, 37, boulevard Haussmann.

On décide de nommer deux membres du Conseil de l'Ecole pour faire partie du comité d'organisation du Congrès de Bordeaux.

Sont nommés : MM. d'Argent, F. Jean.

M. Godon s'excuse de son absence au début de la séance, par suite de la maladie d'une personne de sa famille. Il prend la présidence et prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

Je vous remercie de la marque de confiance que vous m'avez donnée en me chargeant de la présidence de notre Société et de la direction de notre Ecole.

Quoique depuis 15 ans je n'aie cessé de m'occuper à des titres divers de l'organisation et du fonctionnement de cette institution, j'éprouve une certaine appréhension en songeant à la responsabilité qui va m'incomber par cette double fonction.

Il me faut, pour l'accepter, toute la foi que j'ai en l'avenir de cette Ecole, et aussi le spectacle du dévouement incessant qu'elle provoque autour d'elle de la part des divers membres de notre Société et particulièrement des membres de ce Conseil de direction. C'est pour moi une

précieuse assurance que les concours ne me feront pas défaut pour mener à bien la tâche que vous m'imposez pendant cette nouvelle année.

Avant de procéder à la nomination du bureau, nous avons, à la dernière séance, fait l'énoncé de la situation que nous laissait le Conseil d'administration de 1894. Vous avez, par un ordre du jour, approuvé sa politique, qui peut se résumer ainsi :

L'ouverture et le fonctionnement de l'Ecole Dentaire de Paris ont été assurés avec le nouvel état de choses créé par l'application de la loi du 30 nov. 1892, sans qu'il ait été aliéné une parcelle de notre indépendance et de notre propriété.

Le Conseil d'administration de 1895 aura pour mission de consolider ces résultats.

Il lui faudra, par une sage politique, amener l'administration officielle à accepter franchement cette solution et à continuer à nos institutions le bienveillant appui qu'elles ont toujours rencontré près des représentants des pouvoirs publics.

Cette Ecole a pour but de faciliter la tâche de la Faculté de médecine et du ministère de l'Instruction publique en ce qui concerne l'enseignement des futurs dentistes.

Nous continuerons à leur donner loyalement notre concours comme nous l'avons fait par le passé.

Cela dissipera, j'en suis sûr, les quelques malentendus qui ont pu se produire à la suite d'insinuations maladroites ou malveillantes.

En réunissant sur une seule tête les fonctions de président de la Société et de Directeur de l'Ecole, vous avez indiqué que vous vouliez que les divers rouages de notre institution obéissent à une impulsion unique.

Le Conseil de direction étudie et discute les mesures à prendre. Le président directeur les fait appliquer avec le concours du secrétaire général et des divers membres du bureau.

Je m'emploierai à assurer dans ces conditions le fonctionnement régulier des divers concours et l'application de nos règlements.

Notre institution prend chaque jour une importance de plus en plus grande. Son action a été bien étendue l'année dernière ; aussi le programme de nos travaux va-t-il se trouver très chargé cette année.

Au point de vue de l'enseignement, il va falloir assurer le nouveau service de fonctionnement des répétitions ; créer l'enseignement préparatoire au certificat d'études préliminaires, procéder à l'organisation du Conseil du corps enseignant dont l'assemblée générale a décidé la création. Son concours nous sera précieux pour mettre notre programme en accord avec les exigences des nouveaux décrets et assurer à tous nos élèves la meilleure préparation possible aux examens d'Etat, enfin étudier une organisation plus complète de l'enseignement de la prothèse pratique.

Au point de vue administratif, nous aurons à réorganiser le service de nos archives. Il faudra aussi nous préoccuper de la solution à intervenir à l'époque peu éloignée où notre bail prendra fin.

Tout cela promet du travail à nos diverses commissions, aussi dois-je insister pour que les membres qui vont en faire partie assistent régulièrement à leurs réunions.

De mon côté, je ferai tout mon possible pour simplifier le travail afin d'éviter les dérangements inutiles.

Je ne vous parle pas du fonctionnement intérieur de l'Ecole et de la clinique, que je m'efforcerai de rendre aussi régulier qu'il est possible en demandant aux membres de notre corps enseignant de la régularité dans

leurs cours et à nos élèves la stricte observation des règlements intérieurs.

En un mot je vais m'employer de mon mieux, avec votre aide, à tous à amener le bon fonctionnement intérieur de notre institution, afin de maintenir sa réputation au dehors, heureux si, à la fin de mon mandat, j'ai pu contribuer à apporter quelques améliorations à la situation morale ou matérielle, pour justifier ainsi la confiance que vous m'avez témoignée.

Admissions d'élèves.

Sont admis en 1re année :

MM. Robak, Calaine, Caken, Rivemale, Godin.

M. Lécuyot est admis en 2e année.

Le secrétaire général donne lecture d'un rapport du surveillant général. Le Président donne des explications complémentaires à ce sujet. Sur la proposition de MM. Dubois et Lemerle, le cas est renvoyé au Conseil de famille.

Il est procédé au vote pour la composition des Commissions.

Enseignement : MM. Dubois, Lemerle, Sauvez, Viau, Frey.

Commission scolaire : MM. Martinier, Frey, d'Argent, Roy, Sauvez.

Finances : On désigne 3 membres avec le trésorier comme voix consultative : MM. Prével, Bioux, Viau, Prest.

Fêtes : MM. Loup, Prével, Barrié.

Conseil de famille : MM. Bonnard, Lemerle, Löwenthal.

Archives : MM. Roy, Bonnard, Loup.

Le Conseil décide que, pour les cérémonies, les délégués seront désignés à tour de rôle, par lettre alphabétique, à partir de M. d'Argent, tiré au sort, et devront représenter le Conseil sur avis du secrétaire général.

Une Commission, dite Commission du local de l'Ecole, est constitué par : MM. Dubois, Lemerle, Viau.

Des Gratifications sont accordées au surveillant, au secrétaire comptable, au concierge, à l'appariteur et au 3e employé.

M. Prével demande un crédit de 108 fr. pour refaire les casiers du secrétariat. Adopté.

Nomination des professeurs des cours préparatoires au certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial.

M. Sauvez, rapporteur.

Il est décidé de créer les 8 cours suivants :

Français	2 h.
Anglais	2 h.
Arithmétique	1 h.
Géométrie	1 h.
Algèbre	1 h.
Physique	1 h.
Chimie	1 h.
Histoire naturelle	1 h.

Ces cours auront lieu de 5 h. à 7 h.

Les professeurs suivants sont choisis parmi les candidats :

Français	M. Ragot.
Anglais	M. Mandon.

Arithmétique et Algèbre	M. le Dr Mora.
Géométrie et physique	M. Mercereau.
Chimie	M. Halphen.
Histoire naturelle	M. Javorowsky.

Ces professeurs sont nommés pour une année.
Les cours commenceront le lundi 7 janvier.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Francis Jean.

Le Secrétaire,
Dr Roy.

Séance du 29 janvier 1895.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 h.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Martinier, Prével, Roy, Sauvez et Viau.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

Don de M. Viau : Deux tableaux anciens, représentant des scènes professionnelles. Le Conseil lui adresse des remerciements.

Le Conseil adresse ses félicitations à *M. Lemerle* à l'occasion de sa nomination d'officier d'Académie et à *M. Michaëls* à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur.

M. Godon. — Tous les membres du corps enseignant ont subi l'examen d'Etat avec succès. Il serait opportun de faire un rapport sur l'ensemble des examens pour montrer les succès obtenus par nos diplômés.

Le Conseil décide que le secrétaire général devra faire ce rapport.

Le conseil d'Enseignement s'est réuni ; il a nommé son bureau :

MM. *Godon* président.
Dr Pinet, *Dubois* vice-présidents.
Martinier secrétaire.

La commission permanente est ainsi composée :

MM. le Dr *Marié.*
Grimbert.
Blocman.
Papot.

Proposition de *M. Friteau* de faire un cours d'anatomie topographique et de faire faire des planches d'anatomie topographique. Renvoyé à la commission d'enseignement.

Une augmentation de gratification est accordée au secrétaire comptable.

Correspondance.

M. Baillet (de Paris) offre un portrait de Fauchard. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Les professeurs des cours préparatoires remercient le Conseil de leur nomination.

M. Mascort remercie de sa nomination.

M. Duvoisin demande un congé illimité en raison de ses études médicales. Renvoyé à la commission d'enseignement.

M. Dubois demande à se faire remplacer dans son service de la clini-

que du mercredi et propose l'ouverture d'un concours pour le poste de professeur suppléant.

Cette question, ainsi que les suivantes, sont renvoyées à la commission d'enseignement.

Révision des jours de service du matin.

Proposition de M. Martinier demandant la nomination d'un démonstrateur de prothèse.

Résultats des cours préparatoires à l'assistance à la clinique.

M. Francis Jean lit à ce sujet un rapport qui est adopté. A ce propos différentes questions sont renvoyées à la commission d'enseignement.

Admissions d'élèves.

M. Schoull en 1re année
Lécuyot 2e
Séjour 2e
Lemaire 2e }
Gauthé 2e } Diplômés de l'Ecole dentaire pratique.
Mariescoff en 3e année
Dunogier 3e
Lalement 3e }
Hermann 3e } Comme scolarité supplémentaire.

Ces admissions portent le nombre des élèves à 110.

Le Conseil municipal avait deux bourses mises à sa disposition par l'Ecole ; il les a attribuées à Mlle Vidal et à M. Mariez.

Peines disciplinaires.

Le conseil de famille propose l'exclusion de l'élève L...

Le Conseil décide pour cet élève l'exclusion temporaire et pour un autre élève une exclusion de huit jours.

Adoption du rapport de *M. d'Argent* sur la situation financière des élèves.

M. Sauvez lit un rapport au nom de la commission d'enseignement, concernant la création du cours de dissection. Ce rapport est approuvé.

Un crédit pour la création de ce cours est voté.

M. Lemerle lit, au nom de la même commission, un rapport sur les modifications à apporter au carnet de clinique des élèves. Il propose une transformation complète de celui-ci afin d'avoir des observations mieux rédigées.

On adopte un essai partiel de ces modifications.

Rapport de *M. Dubois* pour la participation de l'Ecole à l'exposition de Bordeaux dans la classe de l'enseignement. Adopté.

M. Viau a reçu une lettre de M. Mirbeau, trésorier du comité d'organisation à Bordeaux, qui lui fait part que 41 membres ont déjà envoyé leur adhésion.

M. Martinier lit un rapport, au nom de la commission scolaire, relativement à la délivrance des inscriptions des élèves tendant à ce que l'on fasse coïncider la fin des cours de l'Ecole avec la date des examens de la Faculté de médecine. Adopté.

M. Bioux, au nom de la commission des finances, propose l'adoption des comptes du trésorier. Adopté.

M. Godon propose de suppprimer les allocations accordées à certains fonctionnaires du Conseil d'administration, mais de leur rembourser les frais afférents à leur fonction. Adopté.

MM. Francis Jean, Loup, Sauvez, donnent à l'école à titre de souscription le montant de leur allocation de l'année dernière.

Admissions.

M. le Dr Dumont, 27, boulevard Haussmann, Paris.

M. Lalemand, D. E. D. P., 79, rue des Martyrs, Paris.

Demande d'admission de M. Dubrac.

Démissions de MM. Bocquillon, Xhrouet et Maurion de Laroche.

M. Martinier offre à l'Ecole, au nom de Mme veuve Heymen, une série de porte-empreintes pour redressements.

Le Conseil adresse ses remerciements à Mme veuve Heymen.

La séance est levée à minuit 1/4.

Le secrétaire général,
FRANCIS JEAN.

Le secrétaire adjoint,
Dr M. ROY.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

PROCÈS-VERBAL DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 28 *juin* 1894.

Présidence de M. DUBOIS.

La séance est ouverte à 9 h.

Sont présents : MM. Berthaux, Billet, Claser, Dubois, Löwenthal, Martinier, Richer, Roy, Viau.

MM. Claser, Legret et Prével sont nommés membres de la Chambre syndicale en remplacement de MM. Gillard, Lemerle et Tusseau.

M. Dubois donne lecture d'une lettre du tribunal de commerce demandant l'arbitrage de la Société entre un dentiste et son client.

Renvoyé au Comité Syndical.

Sont admis comme membres de l'Association :

MM. Buron, Bailly, Guérin, Athénas, Grasset, de Rojas, Gros, de Lacerda, Cottance, Ewig.

M. Billet rend compte de la transmission des comptes qui s'est faite régulièrement. Il y a 7.715 fr. 84 à la Société Générale.

6 Obligations foncières de 500 fr. 3 0/0 1879 au porteur du Crédit foncier de France, jouissance du 1er novembre 1893 :

nos 671.102 à 104	3
nos 781.140 à 142	3
	6 obligations.

6 Obligations communales de 500 fr. 3 0/0 au porteur du Crédit foncier de France 1879, jouissance du 1er mars 1894.

nos 702.422 à 423	2
nos 792.872 à 875	4
	6 obligations.

M. Dubois rend compte du banquet dont il constate le succès. Il y a un

petit déficit, qu'il propose de faire couvrir par la caisse de l'Association.

Adopté.

M. Billet donne lecture d'une lettre de M. Museler demandant à être membre honoraire et demandant à ne pas payer ses cotisations arriérées.

Refusé.

M. Dubois propose la réunion d'une assemblée générale ayant lieu éventuellement en septembre sans réunion du Conseil avant l'assemblée.

M. Richer ne voit pas l'utilité d'une assemblée générale.

M. Roy est du même avis.

M. Claser rappelle qu'une des raisons de M. Dubois est de donner une preuve de vitalité.

M. Richer. — Il n'y a pas assez de membres dans les assemblées autres que celle de janvier.

Le Conseil décide de ne pas tenir de réunion en septembre.

M. Dubois. — Cette assemblée aurait eu pour résultat de mettre les membres de l'Association au courant de nos démarches pour les jeunes membres.

Il se forme une société des diplômés d'Etat, il faut éviter qu'elle ne se constitue en société trop à part ; il y aura lieu d'examiner si l'on ne pourrait pas faire des abonnements de faveur pour les membres de cette société qui n'auraient pas droit au journal.

Il importe au plus haut point que nous prouvions notre vitalité.

La séance est levée à 10 h. 20.

Le Secrétaire,
Dr Maurice Roy.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ☉, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.	**Lemerle**, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.	**d'Argent**, Trésorier.
M. Roy, Secrétaire adjoint.	**Martinier**, Conservateur du Musée.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.	**Prével**, Économe.

MEMBRES

J. Barrié.	**P. Dubois.**	**Gravollet-Leblan.**	**Löwenthal.**
L. Bioux.	**L. Frey.**	**Legret.**	**Ed. Prest.**
J. Bonnard.		**Loup.**	

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, ☉. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✱ ☉.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, ☉, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ☉, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ☉, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ☉, Dr en médecine.
P. Poinsot, ☉, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'École J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ☉, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ☉, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ☉, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT... BIOUX (L.)... LEGRET... LOUP... MARTIAL-LAGRANGE ☉.	D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.
MENG, chirurgien-dentiste	D. E. D. P.
PREVEL... PREST (Ed.)...	D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine	

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD... BILLEBAUT... CHOQUET (fils)... D'ALMEN... DE CROES... DELAUNAY... DE LEMOS... DENIS (Em.)... DUVOISIN... HOUBRIET... JACOWSKI... JEAY...	D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
LEGROS... MARTIN... PAULME... STEVENIN... BILLET...	D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
FANTON-TOUVET (Ed.). FRESNEL... MEUNIER... HIRSCHBERG... JOSEF... MOUTON (F.)...	D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations D. E. D. P., Diplômé de l'École Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Papot, *vice-président.*

M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Billet, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Rollin.
Viau, ✡.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✡.

M. Poinsot ✡.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✡.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ❄, ✡.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1894-95 (Treizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties : l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat**.

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

15e ANNÉE. MAI 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. N° 5

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS DE THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE

DES OBTURATIONS COMBINÉES

Par M. P. DUBOIS, professeur.

Nous sommes toujours à la recherche d'une matière obturatrice parfaite pouvant s'insérer dans toutes les cavités et présentant toutes les qualités requises, c'est-à-dire :

1° Qui ne soit pas irritante (chimiquement et thermiquement) ;

2° Qui ait une adhérence parfaite aux parois de la cavité ;

3° Qui offre une stabilité chimique inaltérable par les liquides buccaux et les aliments liquides et solides ;

4° Qui résiste mécaniquement aux efforts masticatoires ;

5° Qui se durcisse en moins d'un quart d'heure, tout en ne prenant pas trop rapidement et en gardant pendant la période de durcissement la permanence de la forme donnée ;

6° Dont la coloration soit semblable aux parties de dents restantes.

Or, ces conditions ne se trouvent réunies dans aucune des matières obturatrices actuellement entre nos mains.

La gutta-percha n'est nullement irritante pour les tissus dentaires, mais elle manque de résistance mécanique ; l'amalgame résiste mécaniquement, mais son défaut essentiel — la rétraction — sa couleur désagréable, sa conductibilité thermique en restreignent l'emploi ; l'or, l'étain, les ciments ont d'autres défauts.

Aussi pour chaque cas le dentiste doit-il faire un choix judicieux et se décide-t-il pour le genre d'obturation qui a le moins d'inconvénients. En fait, il combine dans la même bouche différentes matières obturatrices. Est-il bon de les combiner dans la même cavité et quelles sont les associations donnant de bons résultats ? Cette question s'impose à nos préoccupations.

Depuis de longues années j'emploie les obturations combinées et j'en ai parlé dans la *Thérapeutique de la carie dentaire* [1]. D'autres auteurs ont, ces dernières années, préconisé ce mode d'obturation et Miller, entre autres, en a parlé avec l'esprit scientifique et pratique qui inspire toutes ses productions.

Je désire revenir sur ce sujet et montrer, d'après ma pratique personnelle, les bons effets de quelques obturations combinées.

Les combinaisons possibles sont nombreuses. Voici les principales :

1. Or mou et or cohésif.
2. Or et étain.
3. Or et amalgame.
4. Or et ciment.
5. Amalgame et ciment.
6. Etain et ciment.
7. Gutta-percha et différentes matières obturatrices.

I. — Or mou et or cohésif

Cette combinaison a été préconisée par des dentistes éminents. L'or cohésif a contre lui son adhérence difficile aux parois de la cavité, par suite de son durcissement superficiel, ainsi que la trop grande durée de l'opération, si l'aurification est étendue.

Ces inconvénients sont atténués par la juxtaposition de l'or chauffé sur l'or non chauffé, celui-ci se moulant mieux et celui-là donnant une surface plus résistante.

L'adhésion entre les deux qualités d'or s'obtient parfaitement pour peu qu'on ait la possibilité de pratiquer quelques encoches en queue d'aronde et que l'or cohésif soit placé quand il reste au moins le quart de la cavité à remplir.

Evidemment il est plus aisé de faire tenir l'or sur l'or, que l'or sur la dentine, et puisque l'aurification faite exclusivement par l'une des deux méthodes donne de bons résultats, on peut en obtenir d'aussi satisfaisants en combinant les deux modes d'aurification. On a objecté que l'or cohésif s'enfoncerait comme un coin dans la masse d'or mou et que le niveau de l'obturation s'abaisserait en conséquence. Il n'en peut être ainsi si l'or mou a été bien foulé et si l'aurification a été soignée. Quand cela se produit, ce n'est pas le système qui est défectueux, mais l'opérateur.

Dans les mains d'un aurificateur médiocre la combinaison d'or mou et d'or cohésif donnera de meilleurs résultats que l'un des deux modes d'aurifier employés exclusivement ; dans les mains d'un opérateur habile il y aura, si l'or adhésif était indiqué, au moins bénéfice de temps. L'or mou reste toujours le mode le plus rapide d'aurification.

Le meilleur mode d'insertion de l'or cohésif sur l'or non cohésif consiste à employer des cylindres sur les parois en les laissant très légèrement dépasser, puis à insérer au centre de l'or en feuilles

---

1. P. Dubois, *Aide-mémoire du Chirurgien-dentiste*, 1re partie, page 281.

chauffé, en s'étant ménagé, au préalable, des moyens de rétention suffisants. Faire tout le fond en or mou, la surface en or cohésif est moins rationnel. Ne placer que quelques morceaux d'or chauffé sur une aurification menée presque jusqu'au bout avec de l'or mou est tout à fait contestable et nous ne le conseillons pas.

Donc meilleure adaptation et économie de temps, tel est le résultat de l'association des deux sortes d'or.

II. — Or et étain

Au point de vue de la conservation des dents, il n'est pas de meilleure matière d'obturation que l'or et l'étain combinés. Il se produit entre les deux substances une action électro-chimique faible qui exerce une action bienfaisante sur la texture de la dentine, laquelle, de molle qu'elle était, acquiert de la résistance; l'obturation elle-même subit des modifications ayant d'heureux effets. Une obturation d'or et d'étain se raye aisément avec la rugine au jour de l'opération; six mois après il n'en est plus de même, elle est devenue d'une dureté et d'une cohésion supérieures à toute aurification et analogues à celle de l'amalgame; les bords restent nets, sans trace de désagrégation, même sur les points où les récidives de carie sont fréquentes : la partie cervicale des cavités interstitielles; la dentine et l'obturation demeurent étroitement accolées, sans fissure. Le seul inconvénient est la couleur gris de fer, semblable à celle d'un amalgame; l'or, qui était visible tout d'abord, semble ne plus laisser de trace apparente au bout de quelque temps et le patient qui tient à la bijouterie buccale peut trouver que la matière n'est pas assez précieuse. Cet inconvénient peut se pallier pour les dents et les cavités très visibles.

Les combinaisons d'or et d'étain revêtent des formes diverses; la meilleure est la juxtaposition d'une feuille d'or sur une feuille d'étain pour confectionner des cylindres. Les feuilles posées l'une sur l'autre sont coupées en trois ou quatre bandelettes repliées en ruban, l'or dessus; le cylindre est fait comme à l'ordinaire. L'étain étant un peu plus épais que l'or, on évitera de faire de trop gros cylindres.

On peut également faire des cordelettes en tordant les rubans, mais cela nous paraît moins rationnel que le premier procédé qui répond à tous les besoins.

Pour les dents du fond, il n'y a aucun inconvénient sérieux à achever l'obturation avec les cylindres or-étain qui sont placés et foulés comme dans l'aurification à l'or mou; pour les cavités visibles, on peut ne placer qu'un ou deux cylindres sur les parois, celles où l'insertion de l'or serait difficile, où les récidives des caries seraient à redouter; puis on achève, selon les cas, avec l'or non cohésif ou cohésif. Celui-ci s'adapte et colle très bien sur l'or-étain, à condition qu'on ait fait dans la masse des encoches de direction divergente servant de points de rétention. Depuis des années nous ne faisons guère d'aurification sans placer un ou deux cylindres d'or-étain sur les points faibles, et cela au grand bénéfice

des dents de nos patients. Ces cylindres peuvent être entièrement recouverts par l'aurification, mais nous jugeons plus avantageux de les laisser émerger aux bords, pour les tasser et les brunir complètement à la fin de l'obturation. On a ainsi des bords plus nets. Pour les incisives et les canines, quand on explore attentivement, c'est à peine si l'on aperçoit à la partie cervicale une région un peu grise; pour un œil non exercé cela n'est pas perceptible.

Miller a défendu le système qui consiste à placer l'étain à l'extérieur ; puisque le défaut est dans la coloration, elle ne se dissimule pas du tout par ce mode de faire. Il conseille les rubans et les cordelettes qui ne donnent pas des obturations aussi denses et aussi homogènes que les cylindres.

Les cylindres d'or et d'étain sont d'insertion et de foulage plus faciles que l'or mou, la surface ne s'effrite pas, elle s'étale aisément par la pression du fouloir et surtout du brunissoir rotatif.

Le contact de la salive n'est pas une cause d'insuccès.

Pour toutes ces raisons nous estimons que les obturations d'or et d'étain auront des applications de plus en plus nombreuses. Pour les dents d'adolescents, pour celles de mauvaise qualité, pour faire un fond aux grandes aurifications, aucune matière obturatrice ne donnera de résultats supérieurs.

III. — Or et amalgame

Le mercure et l'or se combinent, mais seulement à la surface, et les deux métaux mélangés purs ne peuvent servir à l'obturation des dents. Il est pourtant pratique de placer dans la même cavité un amalgame et de le recouvrir d'une aurification. Le contraire pourrait se faire : une couche d'amalgame peut combler les lacunes d'une aurification défectueuse, et elle prendra la couleur de l'amalgame.

La combinaison d'amalgame et d'or peut se faire de plusieurs manières : soit en deux séances, soit en une seule. Dans une première séance on peut remplir jusqu'aux trois quarts la cavité avec de l'amalgame en se ménageant des moyens de rétention, puis dans une séance ultérieure achever l'obturation avec de l'or. Dans ce cas, l'or ne s'amalgame pas assez pour empêcher l'adhérence des morceaux et ce genre d'obturation peut se pratiquer sans précautions spéciales. Par ce moyen on diminue la quantité d'or insérée et on fait une petite cavité d'une grande.

Insérer les deux substances dans la même séance est beaucoup plus délicat. M. Dwight Clapp, de Boston, nous a fait connaître comment on peut obtenir un bon résultat[1] avec ce genre d'obturation. L'or en feuilles mis au contact d'un amalgame récemment mélangé se sature de mercure, il perd sa plasticité et son adhérence et les morceaux ne se soudent plus entre eux.

Il est pourtant possible d'associer les deux substances extemporanément en tenant compte des recommandations ci-dessous :

1° Employer de l'amalgame très sec ;

---

1. Dwight Clapp, *Dental Cosmos*, 1888, p. 870; *Odontologie*, mars 1889, p. 105.

2° Quand une paroi manque, employer une matrice solidement fixée ;

3° Ne placer au contact de l'amalgame que de l'or cristallisé, quand celui-ci a absorbé l'excédent de mercure, l'obturation peut être achevée avec de l'or en feuilles.

L'union des deux substances est parfaite, ainsi que le prouvent les cylindres d'amalgame et d'or que M. Dwight Clapp a bien voulu offrir au Musée de l'Ecole dentaire de Paris. Le succès dépend de la petite quantité de mercure et de son absorption par les premières couches d'or cristallisé. Cette absorption obtenue, l'obturation se conduit avec autant de facilité que l'aurification à l'or adhésif.

J'ai fait, il y a quelques années, de nombreuses obturations par ce système et j'ai observé ceci : 1° que tout l'or s'amalgame avec le temps et l'obturation perd en partie sa couleur d'aurification ; 2° que la surface s'use comme celle de certains amalgames de cuivre et des ciments ; toutefois, les bords et le fond de la cavité restent bons. Il est probable qu'il se produit entre les métaux une action électro-chimique qui nuit à la stabilité de la matière obturatrice. Ces inconvénients sont atténués quand il y a une petite proportion d'amalgame et qu'il n'a servi qu'à tapisser le fond de la cavité. Dans ce cas, l'obturation ne diffère en rien de la meilleure aurification, la couleur et la forme ne changent pas.

IV. — Ciment et or

Il est défendable de renforcer une paroi faible ou de faire un fond de grande cavité avec du ciment, pour achever avec l'or pur ; il y a pourtant à craindre la désorganisation du ciment par la pénétration des liquides à travers une fissure ou à la suite d'un éclat d'émail et nous ne croyons pas que ce mode de faire puisse prétendre à la longue durée d'une bonne aurification, ou même de celle obtenue par quelques combinaisons exposées ici.

M. Barrié [1] a préconisé un système d'obturation par du ciment recouvert d'une plaque d'or mince découpée et articulée d'après une empreinte de la cavité. Ce système rendra des services quoiqu'il ait l'inconvénient d'être un peu long. Il est surtout applicable pour les dents très cariées et il participe plus de la couronne artificielle que de l'obturation proprement dite.

V. — Ciment et amalgame

Le ciment et l'amalgame peuvent se mélanger de plusieurs manières :

1° En ajoutant de l'alliage pour amalgame à la poudre de ciment ;

2° En faisant isolément amalgame et ciment, puis en les mélangeant à l'état de pâtes plastiques ;

3° En juxtaposant une obturation au ciment sur une base d'amalgame.

1. M. Barrié, *De la reconstitution des dents à l'aide de couronnes partielles en or*, *Odontologie*, 1892, p. 390.

L'adjonction de la poudre métallique pour amalgames aux poudres de ciment ne nous a pas donné de bons résultats et nous l'avons abandonnée après quelques expériences. Cela se comprend, car il n'y a pas combinaison.

Le deuxième mode a de nombreux avantages : la masse est très adhérente, de maniement facile, sa résistance aux acides buccaux est plus grande que celle du ciment seul.

Pour le scellement des couronnes et des pivots, la pâte amalgame-ciment est la substance de choix. Pour les grandes cavités des faces postérieures des molaires, quand il est impossible de s'assurer de solides moyens de rétention, on l'emploiera avec avantage. Nous avons dit qu'elle est plus résistante que les ciments, sans être d'une stabilité absolue, car comme eux elle se désagrège et s'use à la surface, et se désorganise au contact de la gencive. Il est facile de remédier à ces défauts en n'employant qu'une petite quantité de ciment amalgame dans le fond de la cavité afin d'assurer l'adhérence, puis de terminer l'obturation avec de l'amalgame seul. Non seulement l'adhérence est obtenue, mais encore la stabilité de la forme est plus grande en raison de la prise assez rapide des substancee mélangées et de la diminution de la masse d'amalgame employé. Ce dernier se trouve en quelque sorte immobilisé et sa tendance rétractile est combattue.

Le mode de préparation est simple, l'amalgame et le ciment sont faits à part et comme à l'ordinaire; il est bon toutefois de laisser un peu plus de mercure.

Puis, avec une large spatule on mélange les deux substances. Si l'on veut recouvrir d'amalgame, on fait deux parts de la masse : la plus petite, le tiers ou le quart, sera mélangée avec le ciment, le restant sera employé sans mélange à la partie cervicale de la cavité ainsi qu'à la surface. Comme cela l'amalgame-ciment est en contact avec la dentine, mais ne perce pas à l'extérieur.

L'adhérence est plus grande, la contraction moindre, les résultats définitifs sont donc supérieurs à l'emploi de chaque substance isolée.

Pour les dents antérieures, la combinaison ne peut se faire sous cette forme, mais étant donné la susceptibilité de désagrégation du ciment au contact de la gencive, il est souvent indiqué de placer une couche d'amalgame à la partie cervicale, puis de remplir la cavité avec du ciment. C'est là une opération analogue à celle décrite plus loin, combinaison d'étain et de ciment. Comme celle-ci, elle empêche l'extension de la carie au-dessous de la gencive et donne d'excellents résultats.

(L'addition d'ancien amalgame à de l'amalgame récemment préparé et dont M. Ch. Tomes a exposé les avantages devant la Société Odontologique de la Grande-Bretagne (Voir plus loin) se rattache par quelques particularités au système des obturations combinées. N'ayant encore à ce sujet que peu d'expérience, nous n'en parlerons pas actuellement.)

VI. — Etain et ciment

J'ai déjà parlé de cette combinaison devant la Société d'Odontologie [1].

On sait que le ciment a une assez grande durée sur la face triturante et au bord libre. Sans être sur ces points d'une durée indéfinie, il rend pourtant d'excellents services pendant plusieurs années. Son défaut est la désagrégation au collet, qui provoque la récidive de la carie sur des points dont la conservation est essentielle pour la vitalité et la solidité de la dent.

On peut supprimer cette défectuosité en plaçant dans les cavités profondes et sur les points vulnérables une substance qui ne s'altère pas au contact des sécrétions buccales siégeant dans les interstices.

J'ai parlé plus haut de l'amalgame qui, mis en petite quantité, n'est que peu susceptible de contraction ; il me reste à parler de l'étain qui peut plus aisément lui être substitué.

Nous avons déjà vu les bons effets de l'étain au contact de l'ivoire et ses grandes qualités comme matière obturatrice ; elles peuvent être utilisées toutes les fois que la carie destinée à recevoir du ciment atteint la gencive ou son voisinage. Alors l'obturation peut s'user à la surface, baisser de niveau, ce dont le dentiste et le patient sont avertis, mais on n'a pas à craindre ces récidives insidieuses qui transforment une carie du deuxième degré en une carie du troisième siégeant sur des points peu accessibles.

Le mode opératoire est simple et ne prolonge l'opération que de quelques minutes.

La digue mise ou non, on place une matrice de celluloïd ou un coin de bois entre les dents, puis on place et foule à l'aide d'un fouloir pied un ou deux cylindres à la partie cervicale de la cavité. La matrice n'est pas indispensable, mais elle n'en pas moins utile pour le foulage de l'étain. Sur cette fondation ou achève l'obturation avec du ciment.

Des obturations ainsi faites protègent très bien la dent ; s'il faut les refaire après trois ou quatre ans on a la satisfaction de constater qu'il n'y a pas de progression de carie et qu'on a vraiment fait de la thérapeutique conservatrice.

VII. — Gutta-percha et différentes matières obturatrices

Tous les dentistes connaissent les bons effets de la gutta-percha au contact des tissus dentaires et l'emploient pour renforcer la protection de la pulpe et favoriser la formation de la dentine secondaire.

On a été plus loin et on a parlé de gutta-percha mise en épaisseur au contact des ciments et des substances métalliques. Avec le ciment, Miller a signalé une désagrégation à la ligne d'union des deux substances ; avec l'amalgame et l'or il est à craindre que ceux-ci, manquant de support, ne s'enfoncent et se déplacent.

La gutta-percha mise en quantité n'est applicable que sous les

1. P. Dubois, *Petits perfectionnements*, *Odontologie*, 1894, p. 714.

plaques de M. Barrié et pour sceller des obturations de verre n'ayant pas de fatigue masticatoire. Pour les couronnes coiffant une racine ou une dent réduite à un tronçon, certains opérateurs l'emploient de préférence au ciment.

Conclusion

Il résulte de l'exposé ci-dessus que, pour nombre de cavités, principalement sur les faces latérales, les obturations combinées corrigent les défectuosités de certaines matières obturatrices et que dans nombre de cas elles donnent des résultats supérieurs à ceux qu'on pourrait obtenir avec chaque substance employée seule.

OBSERVATION D'UNE NÉCROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Ch. Jeay,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

A la séance du 5 février dernier, M. Touvet-Fanton vous communiquait l'observation d'un cas de nécrose du maxillaire. A ce propos, notre président, M. Francis Jean, exprimait le désir que dans pareille relation on insistât de préférence sur le mode de traitement. Ayant été à même de suivre un cas présentant quelque intérêt à ce sujet, je me permets de vous le relater tout au long.

M. L..., 22 ans, garçon de magasin, né à Flixecourt (Somme), faisant sa deuxième année de service militaire.

Antécédents héréditaires : peu caractéristiques.

Antécédents personnels : à 11 ans est atteint d'une otorrhée gauche nullement précédée des phénomènes douloureux propres à l'inflammation aiguë et qui ne cesse qu'au bout de 4 ans, époque vers laquelle l'oreille droite se trouve atteinte à son tour. Deuxième dentition difficile ; le malade a souvent souffert des dents et particulièrement d'abcès au niveau d'une deuxième grosse molaire inférieure droite qu'on a tenté d'extraire il y a deux ans.

L... est un garçon d'aspect peu résistant, peu robuste ; pourtant depuis son arrivée au corps il n'a jamais été souffrant.

Le 2 septembre, 3 jours avant les grandes manœuvres, L... sent se produire un épaississement du maxillaire au niveau de la racine de la deuxième grosse, mais nullement douloureux, et il croit à une fluxion sans importance.

Pourtant, le 7, le deuxième jour des manœuvres, L..., épuisé par les marches, souffre beaucoup de sa fluxion qui a pris tous les caractères d'un abcès gingival ; il est même obligé de se présenter à la visite où l'on incise l'abcès. Cette intervention est insuffisante, car le lendemain, l'affection a pris un caractère d'acuité tel que l'individu est incapable de suivre sa route et est dirigé sur l'infirmerie régimentaire.

Le 10, à l'infirmerie, on refait une incision : le pus s'écoule abondamment, des gargarismes d'eau boriquée très fréquents sont ordonnés.

Le 11, les 1[re] et 3[e] grosses molaires baignant dans le pus, étant

mobiles et d'aspect ardoisé, on les extrait ; un moment d'accalmie se produit, mais la suppuration très abondante ne discontinue pas, et le malade, avalant continuellement son pus, perd tout appétit et se cachectise.

Jusqu'au 3 octobre, il reste dans cet état avec le diagnostic d'abcès dentaire chronique sur sa pancarte et la continuation de gargarismes d'eau boriquée comme traitement. A cette époque, le malade a la chance d'être examiné plus attentivement et d'être admis d'urgence à l'hôpital : la nécrose, conséquence fatale de l'ostéo-périostite suppurée mal soignée, était reconnue.

On constate en effet une tuméfaction dure, douloureuse au toucher, au niveau du corps du maxillaire inférieur, avec œdème très étendu de la région parotidienne, jugale et sus-hyoïdienne. Dans la bouche : gencives rouges, tuméfiées, saignantes, bourgeonnantes au-dessus des alvéoles ; à la moindre pression, on voit sourdre le long de la crête alvéolaire un pus verdâtre, bien lié, très abondant, nauséeux. Le stylet permet d'observer un large décollement allant depuis la 1re grosse molaire jusqu'aux 2/3 de la branche montante et descendant jusqu'à l'angle postérieur du maxillaire ; on a une sensation de corps dur, rugueux, dénudé. Enfin, deux clapiers purulents, siège d'abcès centraux probables, sont aussi rencontrés dans l'intérieur du corps de l'os.

Le 6, on pratique une incision d'un centimètre à l'angle postérieur de la mâchoire et on passe un drain par le décollement gingival jusqu'à l'incision pour faciliter l'écoulement du pus. De plus, toutes les deux heures, on fait des lavages de permanganate de potasse à 1 0/00, à forte pression, avec un irrigateur.

Le 7, la plaie étant plus propre, on peut mieux sonder et on trouve les racines de la 2e grosse molaire que l'on extrait avec difficulté.

Les jours suivants, même traitement ; en plus, mèches iodoformées pour faciliter l'écoulement du pus pendant la nuit, alors qu'on ne fait pas de lavages.

Vers le 15, suppuration un peu moins abondante, la tuméfaction diminue, le clapier purulent observé sur la face externe semble plus limité, mais un séquestre s'étendant des petites molaires jusqu'aux 2/3 de la branche montante se mobilise de plus en plus.

Le 1er novembre, l'enflure et la suppuration augmentent à nouveau : le séquestre devient très mobile et chaque jour on cherche à l'ébranler un peu avec des pinces.

Le 14 novembre, le pus est toujours abondant, mais la mobilisation du séquestre est complète et, avec un davier à racines du bas, on l'extrait avec d'autant plus de peine et de précautions qu'il est très volumineux ; il comprend, en effet, toute la table externe du maxillaire, depuis les 2/3 de la branche montante jusqu'au trou mentonnier et la base du corps de l'os en sa partie inférieure ; de plus, il présente à sa face interne la paroi externe du canal dentaire inférieur. On lave largement la plaie, au fond de laquelle on voit, béant, le canal dentaire et tout le long de la face externe de la table interne de l'os un bourgeonnement grisâtre. Pendant quelques jours encore, on met des mèches phéniquées et on continue les lavages trois fois par jour jusqu'à complète guérison.

Trois semaines après, le malade est complètement rétabli ; les vides dus aux pertes de substance osseuse sont comblés par un tissu fibreux très dur, les petites molaires qui étaient restées mobiles pendant tout le cours de l'affection se sont consolidées et le nerf dentaire inférieur semble avoir conservé son intégrité physiologique, puisque la sensibilité des gencives et du menton existe.

Ce cas de nécrose d'origine dentaire me paraît intéressant à plusieurs points de vue.

Nous avons remarqué que le malade était un sujet peu résistant : bien que cette mauvaise racine, restée incluse dans le maxillaire, n'ait été cause pendant longtemps que d'accidents bénins, il a suffi d'un amoindrissement de résistance de la part du sujet, d'un surmenage quelconque — deux jours de marches militaires — pour que ces accidents prissent de suite une forme aiguë, très douloureuse et grave dans la suite.

Nous avons vu le genre de soins donnés au début : gargarisme d'eau boriquée, incisions, extraction de dents qui n'étaient nullement le point d'origine de l'affection puisqu'elles n'avaient dû se mortifier que par suite de l'arthrite qui les avait secondairement envahies, et qu'elles étaient les graves conséquence d'une affection mal soignée. Lorsqu'il y a ostéo-périostite suppurée du maxillaire, on doit intervenir tout de suite en enlevant la cause de tous ces désordres, dents infectieuses à pulpe morte et racines, et en ordonnant toutes les deux heures des lavages de permanganate de potasse au 1 0/00 avec un irrigateur ou tel autre instrument qui nous permette d'avoir une grande force de véhiculation pour chasser des clapiers tous les produits pathologiques, ou mieux des injections avec le mélange suivant :

Acide phénique........................	} ââ	10 grammes.
Hydrate de chloral	}	
Eau..................................		1.000 —

Enfin, si au début de l'affection il y a tout intérêt à agir tout de suite chirurgicalement pour combattre l'ostéo-périostite, lorsque la nécrose s'est produite, c'est-à-dire lorsqu'il y a dénudation et séquestre, il semblerait au contraire, d'après notre cas, que le traitement temporisateur, consistant à faire évacuer le pus et à constater les progrès de celui-ci, dût être préconisé. En effet, le maxillaire inférieur est un des os du squelette dont les pertes de substance se réparent le mieux : on cite des cas où des séquestres se sont trouvés englobés dans des masses d'os de nouvelle formation, processus qui évite les grandes pertes et leur permet de se combler rapidement.

S'il y a des dents mobiles, comme les petites molaires de notre malade, on risque, par une extraction hâtive du séquestre, de rompre quelques attaches qui seront du plus grand secours pour la consolidation de ces dents, la délimitation du tissu mort et de celui qui est susceptible de se cicatriser n'étant pas encore faite. Enfin, si tant est que ce bourgeonnement, ce travail de cicatrisation qui permet au nerf dentaire de conserver son intégrité physiologique, soit la règle en pareil cas, comme pour tous les nerfs, n'est-on pas en droit de penser qu'il serait aussi bien compromis par un traitement plus radical, plus hâtif, et ne risquerait-on pas, au contraire, l'arrachement de ce nerf par une partie encore mal limitée du séquestre qui entraînerait avec elle une partie vivante de l'os ?

En résumé, la manière de faire du médecin traitant intervenu dans la deuxième phase de l'affection semble pleinement justifiée.

Drainage pour faciliter l'écoulement du pus, fortes et fréquentes irrigations antiseptiques, désinfectantes et toniques pour soutenir le malade, et attendre la complète mobilisation du séquestre pour l'enlever, tel est, ce me semble, le traitement à appliquer, lorsqu'on est appelé à soigner une nécrose simple du maxillaire inférieur et qu'on n'a pu intervenir à temps pour éviter la conséquence fatale d'une ostéo-périostite suppurée d'origine dentaire.

OBSERVATION DE GINGIVITE SYPHILITIQUE LOCALISÉE A LA MACHOIRE SUPÉRIEURE

Par M. Fernand Mouton, D. E. D. P.

Le 3 décembre 1894, Ahmed-ben-Laouesse, soldat indigène au 3e régiment de tirailleurs algériens, entre à l'hôpital militaire de Constantine avec le diagnostic : gingivite aiguë; date de l'invasion 1 mois.

La gencive inférieure est saine, au contraire de la gencive supérieure qui se présente sous la forme d'un bourrelet d'un rouge vif, de l'épaisseur énorme d'un doigt en travers. Le médecin-major prescrit un gargarisme au chlorate de potasse alternant avec un gargarisme boriqué; 2 jours après, un gargarisme antiscorbutique.

Le 8 décembre, par un examen plus approfondi on reconnaît le malade atteint, en outre, de plaques muqueuses à la gorge et d'éruption papuleuse sur le tronc. Nous sommes donc en présence d'un syphilitique. Une solution d'iodure de potassium à 5 grammes lui est ordonnée, puis un collutoire chlorhydrique pour appliquer sur la gencive.

Malgré ce traitement, jusqu'au 21 décembre, date à laquelle le malade nous a été confié, la gingivite est restée absolument stationnaire.

21 décembre. La gencive supérieure a conservé sa teinte rouge vif, le bourrelet est de la même épaisseur ; en y enfonçant un stylet on a la sensation de pénétrer dans un tissu spongieux « très peu vascularisé ». Les dents sont quelque peu déchaussées et, en introduisant une sonde entre la gencive et la dent, il faut remonter très haut pour rencontrer le bord alvéolaire. De même que le bourrelet a son maximum d'épaisseur à la ligne médiane pour aller en décroissant et disparaître complètement à la hauteur des 2mes grosses molaires, de même le déchaussement va en décroissant pour arriver à être nul au collet de ces dernières dents.

A l'examen de la bouche, les dents, très bien rangées, ne présentent ni carie, ni obturation ; aucune extraction. La muqueuse palatine n'est pas enflammée, mais cependant ulcérée au collet des incisives, canines et prémolaires, comme l'est du reste à la partie antérieure de ces dents le bord libre de la muqueuse gingivale.

Traitement : Nettoyage parfait des dents. Peu de tartre ; mais un enduit crémeux, blanc grisâtre, d'odeur fétide, comme on le

remarque dans la gingivite ulcéro-membraneuse. Injections tièdes d'eau boriquée à 3 0/0 au collet des dents, jusqu'à complète propreté, pointes de feu, *très nombreuses,* au thermo-cautère sur la gencive supérieure, depuis les incisives jusqu'à la 1re grosse molaire.

Gargarisme au chlorate de potasse.

Continuation de la solution d'iodure de potassium.

Le lendemain, 22 décembre, dégonflement appréciable de la gencive, enlèvement de la desquamation épithéliale. Injections antiseptiques d'eau boriquée 3 0/0. Badigeonnage énergique à la teinture d'iode.

23-24 décembre, même traitement. La gencive s'améliore de plus en plus ; le bourrelet a considérablement diminué de volume ; le tissu gingival se condense et se vascularise.

25-26-27 décembre, même traitement. On montre au malade à se brosser soigneusement les dents en lui enjoignant de le faire deux fois par jour et de se rincer la bouche chaque matin avec un verre d'eau tiède contenant une pincée de tannin.

Le 28 décembre la gencive a repris un bel aspect et le malade sort de l'hôpital sur sa demande.

Le traitement à l'iodure de potassium a été continué jusqu'à la fin.

Cette gingivite semble avoir été produite par des plaques muqueuses apparues dans le sillon gingivo-labial.

Comme conclusion nous ferons remarquer une fois de plus, après tant d'autres, combien est grande l'importance du nettoyage parfait des dents, de l'asepsie de la bouche avant de commencer tout traitement, si l'on considère que quand ce malade, guéri en sept jours, nous a été confié, il avait été traité pendant dix-huit jours sans résultat.

Le malade est rentré de nouveau à l'hôpital le 3 mars par suite de la réapparition de plaques muqueuses à la gorge, mais la gingivite n'a pas récidivé ; seul le bord des gencives est légèrement aminci par suite de la perte de substance alvéolaire constatée lors du premier examen.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 2 avril 1895.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. le Dr Roy. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter sur le dernier procès-verbal publié ?

M. Loup. — Dans la discussion qui a suivi ma communication de février le procès-verbal contient des erreurs et même des non-sens et, dans cette communication, *telle qu'elle a été publiée du moins*, il y a des choses qui détruisent quelquefois la valeur d'une phrase tout entière.

M. Francis Jean rappelle que le procès-verbal est pendant huit jours, au secrétariat, à la disposition des membres qui désirent y apporter des rectifications, faculté dont personne n'use d'ailleurs.

M. Loup exprime le désir qu'il soit remis à chaque auteur une épreuve de son article.

M. le Dr Roy fait remarquer qu'en effet l'auteur d'un article peut toujours avoir une épreuve de celui-ci, mais qu'il doit la demander au journal. Si, en effet, la Direction de ce dernier voulait attendre le bon plaisir des intéressés, elle s'exposerait à retarder la publication de l'organe. Cette question ne concerne d'ailleurs ni la Société, ni le procès-verbal, mais uniquement le journal, car le secrétaire se contente de voir ce qui doit être publié et de le remettre à ce dernier.

Un membre. — Dans tous les journaux on envoie aux auteurs d'articles une épreuve de ceux-ci.

M. Francis Jean. — Ces observations seront présentées au journal. Je tiens seulement à faire remarquer que bien souvent les épreuves sont renvoyées trop tard par les auteurs.

M. Touvet-Fanton. — A propos de ma communication sur *un cas de nécrose du maxillaire supérieur*, le procès-verbal contient ceci :

« *M. Ronnet.* — Je n'ai pas bien compris le processus de la mala-
» die ; c'était donc une nécrose sans séquestre ?

» *M. Touvet-Fanton.* — Une nécrose avec inflammation et forme
» torpide : le bord alvéolaire se nécrose, on trouve de petits séques-
» tres et tout rentre dans l'ordre. »

Cette réponse venant au milieu de la discussion sur la nécrose n'a pas de sens, tandis qu'elle en aurait si l'on avait inséré ma communication en même temps.

M. le Dr Roy. — Je rappelle encore, quoique notre président l'ait déjà fait tout à l'heure, que le procès-verbal est à la disposition des membres qui désirent le consulter et le modifier, et j'ajoute qu'il serait vivement à désirer que chacun d'eux revît le texte de ce qu'il a dit, car il est bien difficile de s'assimiler complètement les idées de chacun dans la rédaction.

I. — Nécrose du maxillaire inférieur d'origine dentaire, par M. Jeay.

M. Jeay donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir d'autre part).

DISCUSSION

M. Touvet-Fanton. — Au point de vue du traitement, dans la nécrose que j'ai signalée dernièrement, l'intervention chirurgicale

était tout indiquée. Si le malade a une nécrose limitée, l'intervention chirurgicale avec un bon grattage est une bonne chose. Pour ma part, je ne suis pas partisan du traitement médical, car la nécrose se poursuit.

M. le Dr Roy. — Il y a toujours avantage à attendre la mobilisation du séquestre pour l'extraire, à moins que l'abondance de la suppuration, la cachexie du malade n'obligent à une intervention plus hâtive.

M. Touvet-Fanton. — Je ne prétends pas qu'on doive intervenir immédiatement.

M. Jeay. — Je me suis attaché à montrer les avantages du traitement temporisateur, qui a permis de respecter l'intégrité du nerf dentaire inférieur qui, si l'on était intervenu plus tôt, aurait pu être lésé.

M. le Dr Roy. — Le tissu nerveux est celui qui résiste le plus à la suppuration.

M. Francis Jean. — M. Jeay a-t-il traité lui-même le malade, et est-il résulté une grosse déformation de cette nécrose ?

M. Jeay. — Le malade a été soigné par le major du régiment ; il n'y a eu que très peu de déformation.

M. Francis Jean. — J'ai enlevé récemment un séquestre volumineux et cette ablation a eu pour conséquence une déformation considérable de la courbe parabolique du maxillaire. Cette observation fera du reste l'objet d'une communication à la prochaine réunion.

II. — De la réaction curative de la pulpe dentaire et de sa valeur thérapeutique, par M. Mendel Joseph.

M. le Dr Roy donne lecture d'une lettre de M. Mendel qui, empêché de se rendre à la séance pour y faire sa communication, présente ses regrets et ses excuses à la Société.

III. — De la teinture d'iode dans le prurit gingival des enfants, par M. Loup.

M. Loup. — J'ai eu l'occasion de vous entretenir de la découverte que j'ai faite des bons effets de la teinture d'iode dans le traitement du prurit gingival des enfants. Je reviens aujourd'hui sur cette question, poussé par les résultats surprenants que j'obtiens.

L'époque de la dentition chez les enfants ne se traduit pas, comme on le croit, par un simple prurit, mais bien par *une douleur profonde causée probablement par la formation de la dent et l'érosion des tissus mous déterminée par son évolution.*

Je proposerais donc, au lieu de prurit gingival, pour qualifier l'éruption des premières dents, la désignation de *douleur de dentition* qui répondrait beaucoup mieux, selon moi, à la réalité des faits.

Il y a là un véritable état congestif causé par l'éruption de la dent. C'est ce qui donnerait l'explication des bons effets obtenus par la teinture d'iode.

Or le traitement que je préconise réussit non seulement chez les enfants faisant des dents, mais même chez ceux en très bas âge : c'est ainsi que j'en ai un de 3 mois 1/2 à 4 mois dont les douleurs de dentition, qui produisaient de véritables crises, ont été absolument calmées par l'application de l'iode.

La valeur de ce traitement est importante d'abord au point de vue local. Vous savez qu'il y a des enfants qui souffrent réellement au moment de la dentition, ils sont immédiatement soulagés, ce qui est un résultat appréciable.

Au point de vue des désordres généraux elle ne l'est pas moins, car si l'on enraye la douleur locale, qui cause toujours à l'enfant de l'insomnie, souvent de l'inappétence, de la fièvre, on améliore l'état général.

J'estime, mais c'est une chose à étudier, que, si l'on pouvait suivre un enfant et lui appliquer méthodiquement le traitement à la teinture d'iode, on arrêterait à la fois les désordres locaux et généraux.

Vous le voyez, la chose mérite l'attention et le traitement que je vous propose aura cet avantage de servir de pierre de touche. Il servira à indiquer si les phénomènes sont dus à la dentition ou à autre chose, puisque, l'effet étant absolument certain contre les douleurs de dentition, si les douleurs observées ne disparaissent pas, on pourrait alors porter ses investigations ailleurs, les dents n'y étant pour rien.

Il semble de plus, quoique je n'aie pas encore assez étudié la question, que ce traitement aide à l'évolution des dents et la hâte quelque peu. C'est ainsi qu'un des enfants que je traite a percé deux dents ce mois-ci.

Je considère donc ce traitement comme une œuvre humanitaire qu'il importe de répandre ; aussi demanderai-je au président de me faire appuyer par un vote de la Société, dans une proposition que j'ai l'intention de faire au Conseil de direction et dont voici à peu près l'esprit : demander aux malades qui se présentent à la clinique s'ils ont des enfants à la période de dentition, et leur faire appliquer le traitement dont ils donneraient les résultats, et ceci à seule fin que l'honneur de la découverte en revienne à l'Ecole.

Dans les résultats obtenus ce mois-ci, je vous signalerai un enfant de 20 mois, crises nerveuses très fortes calmées par l'iode ; un bébé de trois mois, plusieurs crises arrêtées par l'iode ; un autre de 28 mois chez lequel j'ai obtenu les mêmes résultats.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — M. Loup désire en somme que le traitement du prurit gingival par la teinture d'iode préconisé par lui devienne officiel pour l'Ecole.

M. Dubois. — Au point de vue des accidents de première dentition, nous ne pouvons faire que de la discussion théorique, parce que des existences de praticiens se passent sans qu'ils soient consultés pour ces accidents. Il serait désirable d'abord que M. Loup

fît connaître son système à un médecin d'enfants, car nous, qui ne soignons que des adultes, nous sommes incompétents dans la question. M. Loup a eu une série heureuse, je le veux bien ; mais vous n'êtes plus en présence d'un remède spécifique, puisque vous l'employez chez un enfant de 3 mois qui n'a pas d'éruption ; je considère de plus qu'il est quelque peu dangereux de conseiller aux malades d'en faire eux-mêmes l'application, à cause des effets que produit l'iode.

Puisque nous ne sommes pas compétents et que nous n'avons que des idées approximatives sur la question, puisque l'Académie de médecine, — ses discussions d'il y a deux ans l'ont prouvé — puisque les médecins d'enfants sont divisés sur le sujet, ce n'est pas nous qui pouvons nous engager officiellement sur une matière qui est en dehors de la sphère de notre action habituelle.

M. Loup. — Il y a des accidents locaux de dentition, témoin ces crises où les enfants se débattent ; comme l'iode a pour effet de les calmer, nous ferons œuvre utile en recommandant son emploi dans la bouche. Quand on donne à un malade un médicament dangereux, on lui conseille en même temps de prendre des précautions ; c'est ce que l'on ferait pour l'iode. En ce qui me concerne, je me sers d'un tube de verre que j'entoure de coton à l'extrémité et c'est avec cela que je touche la gencive de l'enfant.

Avec ce traitement je n'ai pas la prétention de calmer les accidents généraux, bien entendu, mais seulement les accidents locaux.

M. Francis Jean. — J'appuie l'opinion émise par M. Dubois parce que j'estime que l'*Odontologie* est assez répandue sans qu'il soit besoin d'une publication spéciale.

M. le Dr Roy. — Il serait des plus fâcheux que la Société adoptât la proposition de M. Loup et qu'elle patronât ainsi un traitement ; ce n'est pas notre rôle. Si les sociétés scientifiques entraient dans cette voie, elles s'exposeraient à de vives critiques et parfois même au ridicule par suite des progrès de la thérapeutique.

M. Loup. — Je désire simplement que la Société m'appuie auprès du Conseil.

M. le Dr Roy. — Je répète que si la Société appuie auprès du Conseil une proposition semblable, ce sera une mesure des plus fâcheuses.

M. Loup retire sa proposition.

IV. — Présentation d'un injecteur a double canule, par M. Loup.

M. Loup. — Dans nos cabinets nous avons une seringue à canule courbe et à canule droite, qu'il faut visser et dévisser suivant que nous voulons nous servir de l'une ou de l'autre, ce qui occasionne une perte de temps, aussi bien d'ailleurs que la préparation d'une solution antiseptique dans un verre, etc. C'est pour remédier à ces inconvénients que j'ai fait le petit appareil que j'ai l'honneur de vous présenter. Il comprend un injecteur remplaçant la seringue, portant une double canule courbe et droite et permettant d'avoir immédiatement de l'eau chaude et de l'eau froide. De plus, comme

il nous faut souvent plusieurs antiseptiques dans notre cabinet, avec cet appareil, en ayant plusieurs flacons sur une étagère, nous pouvons avoir ces antiseptiques à notre disposition dans le même injecteur. Chez moi, à l'aide d'un robinet que j'ai fait, j'ai deux antiseptiques. Ce robinet comprend sa douille et la partie conique qui y entre, laquelle porte deux trous, ainsi que la douille elle-même. Quand la partie ouverte du cône est sur la partie fermée de la douille, le robinet est fermé. Comme j'ai deux liquides, en tournant mon robinet d'une certaine manière, j'en ai un et, en le tournant d'une autre manière, j'ai l'autre. Si vous voulez avoir plusieurs antiseptiques, vous pratiquez des embouchures auxquelles vous réunissez tous vos flacons et un cadran vous donne les indications nécessaires.

DISCUSSION

M. le Dr Roy. — Ce robinet est-il ajusté pour l'eau aussi?

M. Loup. — Pour l'eau ou pour des antiseptiques à volonté. La facilité de chauffage m'est donnée par un serpentin conique dans lequel se renferme la flamme. J'ai 4 circuits échauffant facilement l'eau.

M. Prevel. — La pression de l'eau est-elle assez forte?

M. Loup. — Je n'ai pas une grande force, parce que mes canules ne sont pas assez fines. Pour augmenter la pression, on place le récipient plus haut.

M. Dubois. — J'admire l'ingéniosité mécanique de M. Loup, qui s'est manifestée à plusieurs reprises. Son dernier appareil est très intéressant, ingénieusement construit et permet au dentiste d'avoir de l'eau chaude, tiède ou froide, suivant ses besoins, sans attendre. Nous avons bien l'appareil Fletcher qui nous sert à cela, mais il a de grandes proportions. Je félicite donc M. Loup de son invention. J'ajoute que je suis heureux de voir les jeunes dentistes se lancer dans la voie des recherches et des perfectionnements mécaniques afin de perfectionner notre arsenal opératoire.

M. le Dr Roy. — La canule surtout est très ingénieuse par sa transformation de canule droite en canule courbe.

M. Francis Jean. — M. Loup nous avait déjà présenté une pompe à salive de son invention; il nous donne aujourd'hui une nouvelle preuve de son habileté mécanique.

V. — OBSERVATION DE GINGIVITE SYPHILITIQUE, PAR M. MOUTON.

M. le Dr Roy donne lecture, au nom de *M. Mouton*, qui fait son service militaire à Constantine, d'une communication sur ce sujet (Voir d'autre part).

DISCUSSION

M. Vigier. — Il importe de tenir la bouche des syphilitiques très propre quand on leur administre du mercure. Sur les conseils du

Dr Fournier, j'eus l'idée de faire un savon dentifrice qui est à base antiseptique, notamment d'acide salicylique, et qui donne de bons résultats pour le nettoyage des dents ; les chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis en sont très satisfaits. C'est un savon complexe. Il est nécessaire, en effet, de nettoyer rapidement une bouche en mauvais état et souvent il y a une adhérence telle que, sans moyens puissants, il est difficile de faire disparaître la saleté.

M. Jeay. — J'ai communiqué à la Société le résumé d'une cinquantaine d'observations sur le traitement des gingivites mercurielles et je suis arrivé à un beau résultat avec des lavages antiseptiques autour du collet des dents. J'ai remarqué également que la stomatite ne se déclare jamais dans les bouches bien entretenues.

M. le Dr Roy. — M. Mouton nous dit que la gingivite qu'il a observée était antérieure à tout traitement, qu'elle n'est pas d'origine mercurielle, mais qu'elle paraît d'origine syphilitique.

M. Jeay. — Cette gingivite n'a-t-elle pas l'aspect ulcéro-membraneux ?

M. le Dr Roy. — D'après l'observation de M. Mouton, cette gingivite n'avait pas l'aspect caractéristique de celle-ci.

M. Vigier. — Les ganglions étaient-ils pris ?

M. le Dr Roy. — L'indication manque.

M. Jeay. — J'ai assisté à l'évolution d'une épidémie de stomatite au régiment et j'ai remarqué que les syphilitiques principalement étaient atteints. Or cette évolution coïncidait avec la fabrication d'un biscuit nouveau, dont la levûre contenait beaucoup de micro-organismes.

M. le Dr Roy. — C'est sans doute que les syphilitiques suivaient un traitement mercuriel qui les prédisposait à la maladie.

VI. — Emploi de la cocaïne mélangée a la trinitrine.

M. Vigier donne lecture d'une demande de renseignements émanant de M. Chouville sur l'emploi d'une combinaison de trinitrine et de cocaïne.

M. le Dr Roy. — Il a paru dans le *Journal des connaissances médicales*, je crois, une communication au sujet de la cocaïne employée sans accident, parce qu'elle était associée à la trinitrine dans le but de combattre les effets vaso-constricteurs de la cocaïne. M. Dubois m'a communiqué cette note, j'ai expérimenté ce procédé, mais il ne m'a pas donné d'effets remarquables ; je n'ai même pas constaté à vrai dire le moindre avantage. Il ne s'agit pas d'une combinaison, mais d'un simple mélange : 1 goutte de solution alcoolique de trinitrine au 1/100 dans 1 gramme d'une solution de cocaïne à 1 0/0.

VII. — Seringue de Pravaz perfectionnée de Haran, présentée par M. Rozenbaum.

M. Rozenbaum présente une seringue de Pravaz perfectionnée, démontable, stérilisable, avec une modification sur le piston ; elle peut se nettoyer et supporter 120°. C'est une modification de la seringue Roux. (Sera publié au prochain n°.)

DISCUSSION

M. Francis Jean. — Cette haute température n'influence pas le piston ?

M. Rozenbaum. — Je n'en ai pas fait l'essai.

La séance est levée à 10 heures 35.

Le Secrétaire général,
Dr Roy.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 17 décembre 1894.

Présidence de M. Magitot, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Il est procédé au renouvellement du bureau. M. Magitot est élu président.

M. Dop fait une communication sur une Anomalie symétrique congénitale du maxillaire inférieur.

Le maxillaire inférieur est fréquemment le siège de tumeurs de nature différente, dont le diagnostic peut présenter de réelles difficultés. Certaines de ces tumeurs occupent indifféremment l'une des deux faces de l'os, d'autres affectent l'une d'elles à l'exclusion de l'autre.

M. de B., 35 ans, n'a jamais été malade, et les évolutions dentaires se sont faites normalement. Les dents du maxillaire inférieur sont conservées, l'éruption des dents de sagesse n'a pas eu lieu.

Sur la face interne de l'os, à 1 centimètre environ de la ligne médiane, et de chaque côté, existe une saillie à peu près hémisphérique, égale à la 1/2 d'un très gros pois. Ces deux saillies sont placées en un point correspondant aux sommets des racines de la canine et de la 1re bicuspide. La muqueuse qui les recouvre est semblable à celles des parties voisines ; leur surface ne présente pas de bosselures. Leur dureté est égale à celle des autres régions de l'os, elles ne sont pas mobiles. Il n'y a jamais eu de douleur ni de gêne d'aucune espèce et M. de B. déclare que ces tumeurs ont toujours existé et n'ont pas augmenté de volume.

De quelle nature sont ces productions ? Leurs caractères ne permettent pas de les ranger parmi les chondromes, les sarcomes, les kystes osseux, les odontomes dentifiés. Au contraire, leur symétrie, l'état stationnaire de leur volume, leur dureté, leur immobilité, leur indolence et l'absence de tout phénomène inflammatoire suffisent pour démontrer que ce sont des *exostoses*.

On pourrait supposer que ce sont des tumeurs *ostéogéniques* ou de développement, si le maxillaire inférieur obéissait aux mêmes lois de développement que les os longs. Mais les tumeurs décrites siégeaient un peu en dehors de la région des incisives.

C'est en ce lieu que se fait la réunion des pièces osseuses fournies par le point inférieur d'ossification, par le point incisif, ainsi que par l'extrémité inférieure de l'épine de Spix. C'est donc au moment

de la soudure de ces diverses pièces et en ce point que se sont développées ces tumeurs. De plus, leur éloignement relativement considérable du cartilage de conjugaison doit faire rejeter l'idée de productions ostéogéniques. Nous n'hésitons donc pas à croire que ce sont des exostoses congénitales.

M. Gaillard a soigné une malade de 45 à 48 ans, présentant des saillies multiples au bord inférieur de la face interne du maxillaire inférieur, qui ne s'était pas aperçue de leur formation. Il les attribue à un état rhumatismal parce que les sujets porteurs de ces productions présentent assez souvent d'autres manifestations de la diathèse arthritique et, en particulier, de l'ostéo-périostite alvéolaire.

M. Saussine a trouvé sur un de ses malades une tumeur semblable, mais unilatérale, et pense qu'il y a analogie entre ces tumeurs et les productions observées à la crête tibiale chez les syphilitiques.

M. Pietckievicz ne croit pas qu'il s'agisse de tumeurs congénitales, mais de productions tenant au tempérament goutteux, rhumatismal. D'ailleurs les cas de ce genre ne sont pas rares.

M. Magitot a observé plusieurs faits de ce genre chez des adultes; il ne croit pas que ces productions soient congénitales. En examinant des crânes, on trouve souvent de ces tumeurs ; elles sont éburnées, très denses, ressemblant vaguement à de l'émail. Au maxillaire ces productions sont en chapelet, par séries symétriques, le plus souvent très nombreuses. Elles n'offrent aucune gravité.

Il n'ose pas affirmer qu'elles soient liées au rhumatisme.

M. Frey relate UN ACCIDENT DE LA 2e DENTITION.

En juillet dernier on m'amena une jeune fille de 14 ans se plaignant de névralgies continuelles assez violentes dans toute la zone du nerf dentaire inférieur gauche, avec exacerbations au moindre choc sur sa 2e molaire de lait inférieure de ce côté. Cette dent, qui aurait dû faire place à la 2e petite molaire, il y a 3 ou 4 ans, était encore absolument immobile, nullement cariée et cependant la moindre pression avec l'instrument ou avec le doigt déterminait une crise douloureuse très violente.

Cette molaire de lait était d'un volume anormal, atteignant presque celui de la dent de 6 ans inférieure. La gencive était saine et le maxillaire tout à fait normal à ce niveau.

Les phénomènes douloureux avaient débuté seulement 2 ou 3 jours avant que je visse la jeune fille, assez vagues et assez sourds d'abord, mais s'accentuant de plus en plus et localisant de mieux en mieux leur point de départ.

Malgré l'immobilité de la dent et son apparence saine, je n'avais d'autre ressource que l'extraction. J'y procédai avec facilité et sans douleur, quoique sans anesthésie. Les racines avaient encore leur longueur normale, mais elles étaient réduites à de minces lames par le fait de leur usure par la 2e petite molaire permanente ; la base de la couronne au niveau de l'intersection de ces 2 racines avait disparu, laissant la cavité pulpaire largement ouverte.

La petite molaire était cachée par une masse rougeâtre très vasculaire et très sensible. J'enlevai ce fongus au thermocautère et découvris alors la petite molaire déjà assez avancée dans son éruption. Les phénomènes

douloureux disparurent immédiatement, ne se reproduisirent jamais et la petite molaire gagna le niveau des autres dents avec une rapidité étonnante.

Cette observation vient à l'appui de la théorie mécanique de la chute des dents temporaires, théorie tirée surtout de l'usure des racines des molaires de lait qui enserrent étroitement le germe calcifié des prémolaires ; or, ici l'action par contact est très manifeste.

La petite masse vasculo-nerveuse, point de départ des phénomènes douloureux, ne devait être autre que la pulpe mise à nu inférieurement par suite de l'usure de la base de la couronne.

M. Beltrami pense que la pulpe joue un rôle dans la résorption des racines ; elle doit agir par une action réflexe dont le point de départ est la compression exercée par la dent permanente.

M. Gaillard croit que la résorption des racines des dents temporaires ne se fait pas ainsi, car alors les surfaces seraient lisses et polies, tandis qu'elles sont rugueuses.

L'organe trouvé par M. Frey sous la dent est normal. S'il y a eu douleur, il faut l'attribuer à la compression de cet organe qui se trouvait serré entre la dent temporaire et la prémolaire qui poussait.

Ce n'est ni la pulpe par action réflexe ni l'usure qui déterminent la résorption des racines. Les racines des dents temporaires privées de leur pulpe ne se résorbent pas par des phénomènes ordinaires, mais par suppuration.

M. Saussine partage cet avis.

M. Magitot pense que, pour expliquer la chute des dents temporaires, on peut invoquer la théorie de la compression ou celle d'un organe phagocyte, organe spécial à grandes cellules, destiné à résorber les racines. Ces deux théories ne s'excluent pas. Quand une prémolaire sort sous une grosse molaire temporaire, il faut deux facteurs pour que les racines de la dent temporaire se résorbent : 1° la présence de la dent permanente sous la dent temporaire. Quand la 1re manque, la résorption des racines de la 2e n'a pas lieu. 2° un organe chargé d'éliminer les débris calcaires.

M. Frey considère comme pulpe l'organe qu'il a trouvé ; M. Magitot n'est pas de son avis. Quand on enlève une dent temporaire dont les racines ont à peu près disparu et dont la couronne renferme encore la pulpe, on trouve cependant sous cette couronne l'organe sensible que M. Frey a rencontré.

D'ailleurs ces phénomènes de résorption ne s'observent pas seulement à la mâchoire, mais bien dans tous les tissus. M. Magitot a fait autrefois avec Legros des inoculations, sous la peau d'animaux, de follicule dentaire contenant l'organe complet : ivoire, émail, cément, et il a constaté la résorption complète de tous les éléments du follicule au bout de quelques semaines.

M. Pietkievicz pense que la destruction des racines des dents temporaires se fait par compression. On trouve un exemple de l'effet de cette compression dans les anomalies d'éruption où la dent

permanente se creuse une gouttière dans le corps des racines des dents temporaires.

Cette masse charnue qu'on rencontre sous les dents temporaires a été décrite par Tomes comme un organe de résorption, mais son rôle n'est que secondaire, car, tant que la dent définitive ne pousse pas, les racines de la dent de lait restent intactes.

M. Pietkievicz n'admet pas l'opinion de M. Beltrami : il a détruit la pulpe dans des dents de lait et vu la racine se résorber. La chute de ces dents se fait suivant le mode habituel.

Comme exemple de la puissance de résorption des tissus, il cite les grandes greffes osseuses : ce n'est pas l'os greffé qui reste, car il est résorbé et remplacé par l'os nouveau.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE BRETAGNE

Réunion du 14 janvier 1895.

Présidence de M. Canton, président.

M. Andrews signale un cas d'odontome du maxillaire supérieur, chez un jeune homme de 17 ans. Lorsque cet odontome fut enlevé en avril 1893, il mesurait 37 mm. sur 31 mm. ; son poids était d'environ 32 grammes. La partie principale était de la dentine, quoique d'une structure très irrégulière, pleine d'ouvertures et de canaux, avec des morceaux d'émail ; peu de cément. Le patient est complètement rétabli.

M. Mansbridge décrit deux méthodes pour placer les tubes de drainage dans les maladies du sinus. Dans un cas où, par suite de la position, le tube rigide ne pouvait être employé, en raison de l'excessive sensibilité des parois de l'ouverture, le tube a été séparé de la plaque et la plaque de vulcanite obstruait l'ouverture. Les aliments ne pouvaient pénétrer dans le sinus et le patient pouvait laver celui-ci à l'aide du tube, en enlevant simplement la plaque. Dans un autre cas, où l'ouverture du sinus étant très haute à l'extérieur de la gencive, un tube rigide n'aurait pu être employé, un tube mobile fut adapté avec l'ouverture sur le côté, et il n'y avait pas à craindre l'introduction des aliments.

M. Tomes donne lecture d'une communication sur les amalgames, qui se résume ainsi :

La question des amalgames m'a beaucoup intéressé pendant des années et, il y a 22 ans, j'ai lu à la Société un travail sur cette question, établissant sur une base expérimentale que, presque sans exception, les amalgames se contractent en durcissant. Les expériences décrites dans cette communication reposaient principalement sur la méthode du poids spécifique, consistant à vérifier

si la masse subissait un changement pendant la transformation et j'arrivais à quelques conclusions relativement aux avantages qu'on tirait de l'addition de l'or et du platine aux alliages. Dans mes premières expériences je constatai que le palladium seul ne présentait pas ce défaut de contraction. Comme on le sait, le palladium est de beaucoup le meilleur des amalgames pour ses résultats pratiques, mais il est d'un emploi difficile, les divers types se comportant d'une manière irrégulière et la prise en étant extrêmement rapide. De plus, quoiqu'il ne teinte pas la dent, il prend lui-même une couleur noirâtre. Je mentionne cela, parce que je pense qu'il est possible que quelques-unes de ses qualités soient dues à cette prise rapide, qui fait que l'obturation durcit et qu'il ne se produit plus de changement dès qu'il est sorti des mains de l'opérateur.

Mes dernières expériences ont porté, non sur le perfectionnement de la composition des amalgames, mais sur le moyen d'obtenir les meilleurs résultats avec ceux qui sont en usage ordinairement, et pour la plupart, elles ont été faites avec l'amalgame *Standard* d'Eckfeldt et Dubois, qui est reconnu comme très bon et qui contient de l'étain, de l'argent, du cuivre et de l'or.

Des expériences antérieures m'avaient convaincu que la méthode de Bonwill, qui consiste à introduire l'amalgame passablement plastique et à le presser dans la cavité pour le dessécher par des applications répétées de papier spongieux, en enlevant de temps en temps les parties plus molles dans lesquelles l'excès de mercure a été chassé, donnait les meilleurs résultats quant à l'imperméabilité, et cette méthode était généralement employée. Toutefois beaucoup d'essais furent faits avec la méthode Kirby, qui consiste à employer de l'amalgame bien plastique pour la plus grande partie de la cavité et à finir avec de l'amalgame bien sec, le mercure étant distribué d'une manière plus égale dans toute la masse. Pour comparer entre elles les expériences, il en fut fait un grand nombre dans des trous ronds de 6 mm. de profondeur et de 3 mm. de diamètre, percés dans des bandes d'os ou d'ivoire emboîtées dans une surface d'ivoire plate pendant l'obturation et plongées dans un encrier (l'encre de Draper, — accusée par le Dr Georges Elliott d'être un essai trop rigoureux, — était employée d'ordinaire) ; et, dans chaque cas, j'obtins plus ou moins d'infiltration. Je commençai par tasser les amalgames dans les cavités et par en examiner la surface au microscope et je ne fus pas peu surpris de constater que, quelque sec que fût l'amalgame et avec quelque soin qu'il eût été poli, la surface se couvrait bientôt de petites éminences hémisphériques, non-seulement la surface libre primitivement, mais aussi celle qui était en contact avec les parois. En polissant après la prise, ces éminences disparaissent et le poli persiste. Il me semblait possible que l'infiltration des obturations soumise à l'épreuve de l'encre fût due à cette surface irrégulière ; aussi essayai-je de revêtir la cavité d'une pellicule d'or n° 10, ce qui me donna une surface d'un grain beaucoup plus fin, mais les obturations réussirent aussi mal ou presque aussi mal qu'auparavant.

Bien plus, elles n'étaient pas absolument adhérentes et on pouvait quelquefois passer une sonde à travers les trous sans briser les bandes d'ivoire et, quand celles-ci étaient brisées de façon à laisser libre une moitié environ de la périphérie ou plus, l'amalgame pouvait aisément être enlevé de la cavité restante. Il semblait donc clairement qu'on avait affaire à une construction véritable et non pas à une surface trop désagrégée pour être réellement imperméable à l'eau.

Des expériences semblables furent faites avec de l'étain en feuilles et avec une couche d'or (épaisseur simple du plus lourd). J'essayai alors de revêtir la cavité avec une couche d'amalgame mince, très mince, et de remplir le reste de la cavité avec du ciment Harvard et, pour la 1re fois, j'obtins un résultat absolument parfait, prouvant péremptoirement que la surface de l'amalgame était assez fine pour être imperméable et que ses défauts n'étaient dus qu'au retrait. Continuant mes essais dans la même voie, je trouvai qu'il était possible de revêtir la cavité avec une mince couche d'amalgame, puis d'en remplir la plus grande partie avec du ciment Harvard mou et enfin de revêtir la surface libre d'amalgame. Cela donna un très bon résultat de telle sorte que j'avais une masse dont la plus grosse partie était en ciment Harvard, avec lequel on ne rencontre jamais la plus petite difficulté à obtenir des obturations imperméables, enchâssé dans une coquille d'amalgame, servant à la protéger contre toute décomposition chimique sous l'action des liquides de la bouche.

Ainsi mes expériences semblaient tendre à prouver que l'amalgame n'est pas et ne peut pas être une bonne matière pour obturer la totalité d'une cavité. Je constatai qu'il n'y avait pas beaucoup de difficulté à revêtir la plus grande partie de la cavité avec une mince couche d'amalgame, à la remplir presque totalement de ciment Harvard et, tandis que celui-ci était encore mou, à le couvrir d'une couche d'amalgame mou qui, soit dit en passant, adhère si bien au ciment, quand celui-ci est encore visqueux, qu'il lui suffit d'avoir une épaisseur très faible.

Il était donc possible d'enchâsser dans l'amalgame quelque corps qui, s'il n'empêchait pas le retrait, pouvait du moins le faire se produire dans une autre direction qu'en s'écartant des parois et, dans cette pensée, je fis des anneaux d'alliage dentaire et d'autres d'acier, environ de la grosseur de la tige d'une épingle et d'une dimension telle que, mis à plat dans les trous, ils ne laissaient qu'un petit espace entre eux et les parois. Ils furent enfoncés dans l'amalgame tout juste assez pour ne pas être vus à la surface. Mais, quoiqu'ils produisissent une légère amélioration, l'amalgame ne s'en écartait pas moins des bords suffisamment pour laisser les obturations produire un vide, de sorte qu'après bien des essais j'y renonçai, les résultats n'étant pas aussi bons que je l'avais pensé. J'essayai ensuite d'enchâsser une série de morceaux de dents de porcelaine dans la masse, en les distribuant dans celle-ci, mais je n'obtins pas non plus de résultats parfaits, et il en fut de même quand je me servis de

morceaux d'un amalgame qui avait déjà servi autrefois. Je tentai alors de placer deux ou trois épaisseurs de papier spongieux dans la cavité, en l'obturant avec de l'amalgame quelque peu plastique et en le retirant avant qu'il eût complètement pris; puis, en conservant l'obturation qui venait d'être faite — un peu petite bien entendu pour la cavité — jusqu'à ce qu'elle fût tout à fait dure, je la réintroduisis avec une petite quantité d'amalgame frais tout autour pour la maintenir en place. Ce procédé étant quelque peu impraticable, j'essayai de maintenir l'obturation lâche en place avec un ciment ou phosphate un peu mou, enduisant les bords de la vieille obturation avec de l'amalgame légèrement mou, afin que le ciment au phosphate ne pût pas dépasser les bords. J'obtins ainsi des obturations imperméables, mais le procédé offrait quelques difficultés.

Ainsi je n'avais pas encore trouvé ce qu'il fallait, quoique j'eusse reconnu possible, en réduisant au minimum la quantité du nouvel amalgame, de diminuer proportionnellement le retrait total et de me rapprocher davantage de l'imperméabilité. On sait qu'un grand nombre d'amalgames qui ont déjà pris, celui de Sullivan, par exemple, redeviennent mous sous l'action de la chaleur, mais alors ils reprennent tous, ou du moins presque tous, avec une grande rapidité dès qu'ils sont refroidis. Prenant l'amalgame *Standard* qui, contenant du cuivre, me semblait le plus propre à donner le résultat poursuivi, j'en amollis des morceaux à la flamme d'un brûleur Bunsen et je les frottai rapidement avec un brunissoir chauffé dans quelques-uns des trous cylindriques. Le résultat fut un tampon absolument imperméable, mais la rapidité avec laquelle il prit rendait très difficile, sinon impossible, de s'en servir dans les cavités moyennes ou de lui donner un contour. Mais si la cavité était remplie de façon à couvrir les bords, on pouvait lui donner un contour avec de l'amalgame fraîchement mélangé, sans toucher à ses bords imperméables, de sorte que la question me semblait à peu près résolue. En mettant une des excellentes matrices de M. Lennox, il n'était pas difficile de faire ainsi dans une cavité accessible, mais la difficulté d'une prise rapide subsistait et ne permettait pas d'agir ainsi dans les positions difficiles ; de plus, la haute température des morceaux introduits semblait limiter ce moyen aux dents mortes ou à celles fortement revêtues d'une matière ostéoplastique. En se servant d'un amalgame qui a déjà pris et ramolli sous l'action de la chaleur, j'obtenais toujours une surface à grain fin, qui conservait son poli, même quand on la plongeait brusquement dans l'encre, et la surface ainsi obtenue était absolument dépourvue des éminences sphériques qui survenaient avec tous les amalgames fraîchement mélangés. J'ai employé ce procédé quelquefois dans la bouche, en recourant à l'emploi d'une matrice pour faciliter le contour, et avec des résultats qui, suivant toute apparence, semblent au bout de quelques jours très satisfaisants quant à la perfection des bords, et je ne l'ai pas trouvé difficile quoique, en raison de mon inexpérience, j'eusse choisi des cavités parfaitement accessibles.

Il s'agissait alors de trouver un amalgame qui, chauffé de nou-

veau, prît plus ou moins lentement. J'augmentai d'abord la proportion d'or dans l'alliage, mais sans résultat. J'essayai après cela le cuivre, sous forme de l'amalgame de Sullivan, quoique, cet amalgame ne répondant pas à toutes nos exigences, j'hésitasse à en ajouter beaucoup ; cependant, à moins d'ajouter une forte proportion de Sullivan, la prise était trop rapide pour que ce fût commode. Je constatai que l'on pouvait ajouter de l'amalgame fraîchement mélangé à de l'amalgame ancien chauffé sans perdre les avantages que celui-ci semblait offrir ; j'ajoutai, en conséquence, un poids égal d'amalgame frais, le mélangeai jusqu'à ce qu'il fût bien plastique avec un morceau de vieil amalgame chauffé et je battis le tout dans un mortier chaud. Le mélange ainsi obtenu était aisé à tasser dans la cavité, quoiqu'il prît un peu trop tôt pour que ce fût commode. Les tampons en résultant étaient généralement imperméables. J'essayai ensuite de doubler la quantité d'amalgame fraîchement mélangé et j'obtins encore des tampons généralement imperméables, tandis qu'il y avait un temps suffisant pour tasser dans une cavité séchée primitivement. Ces expériences furent faites avec l'amalgame *Standard*, qui prend rapidement. Je revins alors à mes expériences de 25 ans auparavant et vérifiai le retrait de la masse au moyen de l'épreuve du poids spécifique avec une balance très délicate. Je trouvai ainsi que l'amalgame type ne se contracte pas beaucoup, même fraîchement mélangé, que la contraction n'existe pas du tout sur des parties égales de vieil amalgame chauffé et d'amalgame fraîchement mélangé parfaitement mêlés ensemble. Il semble donc que cette méthode donne d'excellents résultats, et je l'ai essayée en effet dans des cavités d'accès difficile avec des résultats excellents. Je pris alors un autre amalgame, le *flint edge*, qui ne donne pas d'aussi bons résultats que le *Standard* dans les conditions ordinaires, et je n'en fus pas aussi satisfait. Peut-être la présence du cuivre rend-elle plus maniable un amalgame chauffé de nouveau. Je suis persuadé que, pour obtenir l'imperméabilité absolue, il est essentiel que la prise soit rapide, plus rapide peut-être qu'il ne faut.

En résumé : 1° sauf avec le palladium, il m'a été impossible d'obtenir une imperméabilité absolue par les méthodes en usage ; 2° des résultats parfaits peuvent être obtenus en faisant la masse avec une matière ostéoplastique et en ne se servant de l'amalgame que comme d'un agent protecteur pour empêcher les liquides de la bouche d'avoir accès jusqu'à l'obturation plastique ; 3° il y a avantage à diminuer la quantité d'amalgame frais en insérant des anneaux, des morceaux d'amalgame dur ou autres corps étrangers dans la masse molle ; 4° plus la masse est grosse, plus le retrait est grand ; une grande obturation ne devrait donc jamais se composer d'amalgame seul ; 5° on peut obtenir des résultats absolument parfaits avec du vieil amalgame *Standard* chauffé et tassé en petits morceaux, en le polissant bien contre les parois ; mais cela est fatigant et, dans certaines cavités, presque impraticable ; 6° dans un grand nombre de cas on peut obtenir des résultats également par-

faits avec un mélange d'amalgame nouveau et d'ancien chauffé et on obtient aussitôt un beau fini.

DISCUSSION

M. Mansbridge. — M. Tomes considère-t-il que le mélange de l'amalgame avec la main affecte le résultat final, et vaut-il mieux expulser l'excès de mercure avant d'obturer ou ne se servir que de la quantité voulue ?

M. Coffin. — Que se passe-t-il quand un vieil amalgame durci est soumis à la chaleur? Ce qu'on appelle décomposition par la chaleur est réellement une transformation en une nouvelle série de composés chimiques définis qui se combinent ou se redissolvent et se cristallisent avec une grande rapidité. J'ai fait des recherches qui ne m'ont pas donné de résultats décisifs. La grande difficulté était d'obtenir toujours les mêmes résultats physiques en mélangeant de l'amalgame, même en y apportant le plus grand soin.

M. Hern. — La relation entre la surface d'une cavité et sa profondeur fait-elle une différence dans la contraction de l'amalgame ? Dans une obturation peu profonde et très large, le bord de la cavité ne semble pas aussi bon après un certain temps qu'une obturation profonde et peu large.

M. Beadnell Gill. — J'ai remarqué dans certains cas, quand je malaxais l'amalgame entre mes doigts, qu'il donnait quelquefois de très bons résultats, tandis que, d'autres fois, ces résultats étaient tout à fait opposés. J'attribue ces derniers à l'humidité que les mains communiquent à l'amalgame ; aussi, en renonçant à cette habitude, ai-je depuis longtemps évité les insuccès.

M. Lloyd Williams. — Pour l'obturation à niveau qu'on peut aisément conserver sèche et dans les cavités d'un accès facile, la méthode de M. Tomes peut rendre des services, mais il n'en est pas de même pour les obturations de contour et pour les cavités d'accès difficile.

M. Robbins. — Les expériences de M. Tomes prouvent que l'amalgame se contracte toujours quand il est mis en grande quantité. Ne vaudrait-il pas mieux avoir non seulement un revêtement, mais encore obturer les 3/4 de la cavité avec un oxyphosphate ou la méthode de l'alliage? Depuis 3 ans je remplis le dernier tiers de la cavité avec un amalgame aussi sec qu'il est possible, je polis et j'emploie un cylindre d'or Wolrab pour épuiser toute la surface de mercure possible. Après un 2e polissage et l'emploi du cylindre, le résultat est très satisfaisant.

M. Patterson — Je revêts les cavités avec de l'ostéo de la consistance de la crème, puis je foule de l'amalgame un peu humide, en ayant grand soin que le mélange en excès débordant des bords de la cavité soit enlevé ; l'amalgame est poli aux bords et on finit en faisant disparaître le mercure et l'amalgame en excès.

M. Tomes répond aux diverses questions et la séance est levée.

(*Journal of the British Dental Association.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BANQUET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le samedi 4 mai dans les salons Corazza (Palais-Royal), sous la présidence de M. E. Lecaudey, président-directeur honoraire de l'Ecole, aux côtés duquel avaient pris place MM. Godon, président-directeur de l'Ecole, P. Dubois, président de l'Association générale des dentistes de France, Viau et Lemerle, vice-présidents du Conseil de direction, F. Jean, secrétaire général, d'Argent, trésorier, Ronnet, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, Stévenin, secrétaire général du Syndicat, Michaëls, Albin Rousselet, secrétaire général de l'Ecole des ambulanciers et infirmiers, des représentants de la presse politique et professionnelle, et la plupart des membres du Conseil de direction et des membres du corps enseignant de l'Ecole.

L'heure des toasts étant venue, il est donné lecture des lettres d'excuses de MM. Henri Brisson, président de la Chambre des députés, Dr Chautemps, ministre des colonies, Dr Labbé, sénateur, Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, Georges Berry, député, Paul Strauss, conseiller municipal, Crignier, président de l'Ecole odontotechnique, Dr Isch-Wall, Dr Sébileau, Serres, Löwenthal, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris, Loup, Billet, membres du corps enseignant. Puis, M. Lecaudey prononce une courte allocution pour expliquer sa présidence et remercier ses confrères de l'honneur qu'ils lui ont fait.

M. Godon lui succède. Il retrace le chemin parcouru par la profession depuis 1870, rappelant qu'à cette époque celui qui se destinait à pratiquer l'art dentaire n'avait pour tout enseignement que le laboratoire d'un dentiste où il entrait comme apprenti. Aujourd'hui il lui est possible d'obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine, après avoir reçu l'instruction professionnelle dans des Ecoles dentaires ayant mandat régulier de donner l'instruction technique.

Cette situation nouvelle est conforme au programme élaboré il y a quinze ans par les dentistes qui fondèrent l'Ecole dentaire de Paris, et qui avait pour base : « l'autonomie de la profession de dentiste en ce qui concerne son enseignement et son exercice ». Mais il faut continuer notre marche en avant, et pour cela il y a nécessité que les dentistes de tous les points de la France, qu'ils soient du Nord, du Midi ou du Centre, s'entendent et s'unissent dans un intérêt commun.

Aussi a-t-il vu avec un véritable plaisir la constitution du Syndicat des chirurgiens-dentistes, l'organisation du prochain congrès dentaire de Bordeaux, à laquelle collaborent ensemble la Société

d'Odontologie de Paris et la Société du Sud-Ouest, et la création de la nouvelle Société d'assurances mutuelles contre la maladie. Enfin, il y a pour ceux qui administrent et qui dirigent nos Sociétés un but à atteindre. Si la commission du budget, acceptant le concours des Ecoles dentaires, a refusé de voter les crédits destinés à la création d'une Ecole officielle, notre situation s'en est trouvée améliorée, mais cela ne suffit pas. Il faut encore gagner à notre cause l'administration et il faut arriver à ce que celle-ci se rende compte que c'est vraiment la meilleure solution. En terminant, M. Godon boit à la santé des députés qui ont honoré de leur présence notre banquet l'année dernière et qui nous ont si bien soutenus dans la voie que nous nous étions tracée.

M. Dubois se lève alors, et, dans une très heureuse improvisation, examine la situation que nous a créée la loi de 1892. Il fait remarquer que, malgré les nombreux obstacles que nous avons eu à surmonter, elle a eu pour nous des résultats qui sont loin de nous être désagréables, car elle a été une reconnaissance de notre spécialité et une sanction des efforts tentés par nous dans la voie du progrès.

Il constate que les écoles ont désormais des titres légaux à la durée, et que si la Faculté de Médecine doit donner aux nouveaux dentistes un minimum de connaissances médicales, c'est aux écoles dentaires qu'appartient l'enseignement de notre art et la charge de former des praticiens exerçant avec compétence leur profession. Dans une chaleureuse péroraison, l'orateur fait appel à la bonne volonté de tous pour continuer l'œuvre commencée et achever la déroute de l'*Etat-Providence*.

Des applaudissements nombreux et prolongés ont prouvé au directeur de l'*Odontologie* que ses paroles trouvaient un écho dans chaque assistant et qu'il avait su développer éloquemment le sentiment de confiance en l'avenir que nous devons garder, pour unir nos efforts dans la marche en avant de l'art dentaire français.

En qualité de secrétaire général du comité d'organisation du congrès de Bordeaux, M. le docteur Sauvez prend la parole pour rappeler qu'une des branches de notre art a reçu dans la personne de deux des nôtres, MM. Martin de Lyon et Michaëls, la juste récompense de leurs remarquables travaux de prothèse.

Cette importante question sera discutée au congrès de Bordeaux, ainsi que l'enseignement de l'art dentaire en France. Il invite ses confrères présents à assister en grand nombre à ces nouvelles assises professionnelles et à y apporter des communications nombreuses et intéressantes. Il termine en buvant au succès du congrès de Bordeaux.

M. Blocman porte un toast aux représentants de la presse politique et professionnelle. Il remercie la presse politique d'avoir contribué à défendre la juste cause que nous soutenons en nous accordant l'hospitalité de ses colonnes et l'appui de sa publicité.

M. le Dr Monnet lève son verre à la santé des élèves de l'Ecole dentaire de Paris. Il rappelle que depuis longtemps déjà il a signalé dans les journaux politiques les services rendus par l'École dentaire

de Paris. Il se félicite aujourd'hui de pouvoir témoigner de nouveau publiquement de la nécessité des études qui y sont faites et du succès qu'obtient toujours son diplôme malgré la création du nouveau diplôme officiel.

M. Lecaudey, avant de lever la séance, demande à l'assemblée de voter des remerciements aux membres de la commission d'organisation et particulièrement à son dévoué trésorier, M. Rollin. Après l'adoption unanime de cette proposition, on passe dans le salon voisin où le café est servi, et, jusqu'à une heure avancée, on a conversé gaiement sur les faits professionnels qui se sont passés cette année.

En somme, excellente réunion où l'on a pu constater que nous étions disposés à nous attacher étroitement ceux qui croient à l'avenir de nos Ecoles et de nos Sociétés, aux progrès qu'elles peuvent accomplir et à la supériorité d'un enseignement technique destiné à former des praticiens ayant souci de leur réputation, basée non seulement sur un diplôme, mais aussi sur les qualités de savoir et d'habileté que doit posséder tout chirurgien-dentiste.

P. Martinier.

ALLOCUTION DE M. LECAUDEY

Messieurs,

Je suis redevable de la présidence de ce banquet aux vacances parlementaires, qui retiennent loin de Paris sénateurs et députés. Tout en regrettant leur absence, je suis heureux de constater qu'ils s'intéressent toujours à notre école, ainsi qu'en témoignent les lettres qui viennent de vous être lues. Je remercie de tout cœur mes confrères qui m'ont fait l'honneur de me nommer président, et je bois à nos invités, aux membres de notre association, aux progrès continus de notre profession (*Applaudissements*).

DISCOURS DE M. GODON

Mes chers confrères,

Cette fête annuelle qui nous réunit ce soir nous procure, en outre du plaisir de dîner ensemble, une heureuse occasion pour causer de nos affaires professionnelles. Elle va rester tout intime : nos présidents d'honneur étant tous absents de Paris en ce moment par suite des vacances parlementaires.

En ces soirs de banquets, l'esprit, dégagé des préoccupations particulières à nos assemblées générales, se laisse influencer par le courant de sympathie qui se dégage des réunions de confrères assis autour d'une même table, et les prédispose à l'indulgence. C'est sur cet esprit d'indulgence qui doit sûrement vous animer en ce moment que je compte en prenant la parole.

Je souhaiterais que ce même esprit d'indulgence persistât après ce banquet pour juger les actes de ceux auxquels vous confiez la direction de vos Sociétés, car la bonne volonté et le dévouement dont ils sont remplis ne suffisent pas toujours à désarmer la critique.

Ils font de leur mieux, mais nous vivons en des temps difficiles, et pour contenter tout le monde et le... Gouvernement, il faudrait ce flair particulier qui est resté, malheureusement, le secret de l'avant-dernier ministre de la guerre et qu'il a emporté avec lui dans sa chute.

Pourtant les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont assez satisfaisants.

Mon ami Dubois me procurait, il y a quelques jours, une bien grande satisfaction en me faisant déjeuner avec un de mes anciens compagnons de laboratoire au moment de mes débuts dans la profession. Je me remémorais cette période de 25 années écoulées depuis. Je voyais défiler devant mes yeux les divers événements qui pendant ce quart de siècle ont si grandement transformé notre profession. Je ne vous ferai pas à nouveau le tableau de notre profession quand j'y suis entré, en septembre 1870, au lendemain de la proclamation de la République. Vous savez tous qu'à cette époque, il n'y avait encore ni écoles, ni sociétés, ni revues professionnelles, ni groupements d'aucune sorte. Il est bon, pour apprécier l'étendue du chemin parcouru, de jeter ainsi de temps en temps un regard en arrière et d'établir des parallèles entre deux étapes.

Si nous nous posons ces deux questions : Qu'étaient les dentistes à cette époque? Que sont-ils aujourd'hui? nous devons constater combien le progrès est notoire.

Le dentiste d'hier, ancien mécanicien sorti du laboratoire, disparaît pour faire place au chirurgien-dentiste légal, ayant subi des examens à la Faculté de médecine, après avoir été instruit dans des écoles dentaires dont le mandat régulier est de donner l'enseignement technique sous la direction des associations professionnelles qui les ont fondées et continuent à les administrer.

Mais aussi que d'efforts, que d'activité dépensés pour amener notre profession dans l'état où elle est aujourd'hui! Nos aspirations, au début un peu confuses, mais ayant toutes pour but l'élévation de la situation sociale de la profession et du dentiste français, se sont précisées. Puis l'Etat est venu qui leur a donné leur dernière formule avec la loi nouvelle aboutissant à la création du diplôme spécial de chirurgien-dentiste.

Ces résultats sont la confirmation des principaux articles de notre programme d'il y a quinze ans et qui se résumait ainsi :

L'autonomie de la profession de dentiste en ce qui concerne son enseignement et son exercice.

Si nous avons lieu d'être fiers de ce présent, il ne faut cependant le considérer que comme une étape vers le progrès et faire comme le voyageur de la montagne qui, après avoir gravi un dernier sommet, et en voyant encore d'autres se dresser devant lui, rassemble

ses forces, après un instant de repos, pour aller encore plus loin, encore plus haut, il nous faut nous aussi, mes chers confrères, continuer notre marche en avant. Mais dans quelle voie et dans quelle direction ?

C'est sur ce point que je veux appeler votre attention.

Il va falloir défendre contre toute attaque, et vous savez qu'il s'en est déjà produit, la situation nouvelle faite par la loi au chirurgien-dentiste français; et le meilleur procédé pour désarmer toute critique, n'est-il pas de veiller avec un soin jaloux à ce qu'il soit chaque jour plus digne des privilèges qui lui ont été accordés, plus apte à remplir pour le bien public la fonction plus étendue qui lui a été confiée ? Et pour cette œuvre, les intérêts de tous les dentistes étant communs, il faut souhaiter de les voir tous, dentistes du Nord, du Midi et du Centre, fédérer leurs efforts en une grande union nationale professionnelle pour la défense du chirurgien-dentiste.

Il est vrai que sur ce point nous sommes presque tous d'accord.

Je ne veux prendre pour témoins à Paris que la constitution du Syndicat des chirurgiens-dentistes, fait avec le concours des deux Sociétés professionnelles parisiennes ; à Bordeaux, que le premier Congrès national qui s'y organise grâce à l'initiative de notre ami Dubois et avec le concours des Sociétés d'odontologie de Paris et la Société des dentistes du Sud-Ouest. Je pourrais ajouter encore la nouvelle Société d'assurances contre la maladie qu'organise la Société de la rue de l'Abbaye et au succès de laquelle travaillent les dentistes de la rue Rochechouart.

Reste maintenant nos écoles dentaires. J'appelle particulièrement votre attention sur cette question ; la politique à adopter pour les progrès de notre enseignement professionnel est d'un ordre plus délicat.

Nous restons tous convaincus de la nécessité de conserver les écoles dentaires pour l'avenir de l'enseignement odontologique en France, car nous savons que c'est à elles que nous devons notre relèvement et qu'elles sont la raison d'être de toutes les précieuses sympathies dont nous jouissons près du monde politique ou scientifique.

Ce sont elles qui ont fait le nouveau praticien, et la loi, en créant le chirurgien-dentiste, a, dans la majorité des cas, simplement ratifié, légalisé le diplôme de leurs *diplômés*.

Aussi devons-nous nous préoccuper d'assurer l'avenir de nos écoles.

Déjà les pouvoirs législatifs, sur l'avis de la commission du budget de la Chambre, leur ont été favorables, et cela à l'honneur des députés qui, l'année dernière, à cette place, avaient pris l'engagement de défendre nos intérêts. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre sincère reconnaissance (*Applaudissements*).

Malheureusement il reste encore à gagner à notre cause le pouvoir exécutif, représenté par les divers ministères et les administrations qui en dépendent.

Il faut les amener à accepter la solution adoptée par la commission du budget et le Parlement.

Mais pour obtenir ce résultat, nous avons, vous le savez, de sérieux obstacles à vaincre, par suite de l'opposition systématique des stomatologistes dont l'ingérence dans nos affaires professionnelles a, depuis quinze ans, été si néfaste pour le développement de notre profession. J'ai dit stomatologistes et non *docteurs-dentistes*, car nous faisons une différence entre les confrères qui apportent aux écoles dentaires et aux dentistes le concours dévoué et précieux de leurs connaissances médicales et qui ont aussi dans nos Sociétés la place qu'ils méritent (*Applaudissements*), et ceux qui prétendent, à la faveur d'une équivoque qu'un avenir prochain se chargera de dissiper, exploiter le prestige du titre médical qu'ils possèdent pour monopoliser la direction officielle de la profession (*Applaudissements*).

La déclaration de la commission du budget a été très importante en ce sens qu'elle a reconnu dans les écoles dentaires des établissements suffisants pour mener à bien l'œuvre de l'enseignement dentaire en France.

Mais cette faculté d'enseignement n'est pas complète par suite des restrictions que, dans la pratique, une administration hostile pourrait y apporter.

Le retrait de la qualité d'examinateur pour les matières d'un enseignement que le même décret nous reconnaissait le droit d'enseigner en est un exemple.

Vous sentez tous comme moi les difficultés de la situation. Elles sont communes aux deux écoles dentaires. Unissons donc encore sur ce terrain nos efforts pour amener l'administration à reconnaître loyalement pour nos écoles, en même temps que cette faculté d'enseignement qu'elle nous concède, toutes les conséquences qui peuvent découler d'une interprétation libérale de la déclaration de la commission du budget de 1894.

Cette solution n'est pas nouvelle. A ceux qui citent ce qui se passe à l'étranger pour appuyer leurs revendications en faveur du doctorat obligatoire, nous dirons que la solution que nous préconisons est adoptée dans toutes les contrées où notre art a vraiment prospéré. Nous voudrions qu'elle le fût aussi en France, pour n'avoir sur ce point rien à envier aux institutions des pays étrangers.

Voilà, mes chers confrères, l'œuvre qu'il reste à faire pour les chirurgiens-dentistes français, pour les écoles dentaires françaises.

Mais en feuilletant les pages de l'histoire professionnelle de ce siècle et en les comparant à ce qui a été accompli pendant ces quinze dernières années, je ne puis m'empêcher d'être fier de notre génération qui a su ainsi comprendre et accomplir son devoir. Et maintenant que nos cheveux blanchissent, nous aurions le droit de dire aux jeunes qui nous suivent : Nous vous laissons un patrimoine professionnel plus grand que nous ne l'avons reçu de nos pères. A votre tour de le défendre et de l'agrandir pour l'honneur de l'art dentaire français (*Applaudissements*).

Mais, comme la sentinelle avancée, nous attendons pour prendre notre repos que l'on vienne nous relever, heureux si nous pou-

vous rendre encore plus facile à nos successeurs la part qui leur incombera dans l'avenir.

Et pour finir, mes chers confrères, permettez-moi de porter un toast à la santé des députés qui ont honoré de leur présence notre banquet l'année dernière, qui nous ont soutenus toute l'année et que nous avons le regret de n'avoir pas ce soir parmi nous (*Applaudissements*).

DISCOURS DE M. DUBOIS

Mes chers confrères,

Nous avons eu des banquets plus nombreux ; je n'en souhaiterais pas moins que toutes nos réunions et surtout nos réunions scientifiques eussent l'assistance que nous avons ce soir.

L'invitation à dîner est donc un bon mode de convocation. Nous ferons bien de continuer à nous en servir.

Depuis quinze ans nous avons eu des heures plus inquiètes, et l'année dernière en particulier en a eu de plus anxieuses, au moment de la demande de crédit pour l'organisation de l'enseignement officiel et au moment des examens. Maintenant nous avons des titres légaux à l'existence et à la durée, et, si l'on ne prend que notre histoire d'hier, on constate que nous avons apporté notre part d'efforts à la transformation de notre profession. C'est pourquoi la loi de 1892 a été une reconnaissance de notre spécialité. Ce succès partiel n'est pas sans portée immédiate et future. Si nous nous étions abandonnés, si nous n'avions pas agi, nous aurions pu avoir, au lieu d'une loi dont nos adversaires ne peuvent parler qu'en termes acrimonieux, une réglementation selon leur cœur, comme celle qui a prévalu en Autriche. Pour être justes, pour apprécier les résultats de la politique suivie par notre Association depuis quinze ans, nous devons envisager la situation telle qu'elle serait si les députés et les sénateurs, au jour où ils ont eu à décider sur notre sort, s'étaient prononcés contre nous. Il n'en a pas été ainsi ; c'est pourquoi, au point où nous en sommes, nous ne pouvons dire qu'une chose : c'est que si la loi de 1892 ne nous a pas donné entière satisfaction, elle a pourtant eu des résultats heureux. (*Applaudissements*).

Est-ce que cette loi va avoir des conséquences immédiates pour notre école ? Le diplôme d'Etat va-t-il enlever à l'enseignement libre la faculté de vivre ? Voilà ce que je veux examiner en quelques mots.

En faisant la loi et en en confiant l'application à la Faculté de médecine, on a voulu que le dentiste ait un maximum de connaissances médicales, qu'il ne risque pas d'empoisonner son malade, mais on n'a pas été plus loin et on ne lui demande pas de fournir la preuve qu'il est à la hauteur de sa tâche journalière.

L'Administration ne s'occupe pas de savoir si nos obturations tiennent ou ne tiennent pas, si nous sommes aptes ou non à conserver les dents de nos clients : la Faculté n'a pas cure de ces choses. (*Applaudissements.*)

La Faculté forme à tout instant des praticiens qui ont la vie de leurs patients entre leurs mains, elle croit que notre rôle est analogue et c'est pourquoi elle ne s'inquiète pas de savoir si le dentiste qu'elle diplôme connaît son art ou non. Nous, nous en inquiétons à sa place (*Applaudissements.*)

Des écoles se sont fondées, elles ont prospéré, elle sont donné des praticiens mieux préparés à la vie professionnelle, elles continueront avec la réglementation comme quand elle n'existait pas. Comment, à une époque où l'on ne demandait pas de diplôme, nous avons su imposer les nôtres par le succès de notre pratique et fait reconnaître la nécessité de faire des études dans nos écoles, nous avons imposé le respect du parchemin que nous délivrons ! Eh bien, je dis qu'il en sera demain comme hier.

Je vois, il est vrai, beaucoup de confrères pleins d'enthousiasme pour le diplôme de la Faculté. Mais patience ! Dans dix ans, dans quinze ans, quand tout le monde aura le diplôme d'Etat, on s'apercevra qu'il n'est pas une garantie pour ce que nous considérons comme l'essentiel : la conservation des dents de nos patients, et l'on demandera une garantie supplémentaire : la preuve qu'on a fait des études complètes dans une école formant de bons praticiens. (*Applaudissements.*)

Avec une main un peu ferme, avec la confiance dans l'avenir, nous franchirons les difficultés actuelles, car nous en avons surmonté d'autres. (*Applaudissements.*) Il est bien évident que notre rôle s'accroîtra de plus en plus, et puisque depuis quelque temps on a beaucoup parlé de banqueroute, qu'il me soit permis de signaler celle de l'Etat, de l'Etat-Providence, de l'Etat dispensateur des mérites et seul apte à faire prospérer les entreprises d'intérêt général. Tous les esprits attentifs voient que l'Etat craque de toutes parts, que le respect, que la crainte dont ses hommes et ses œuvres étaient entourés s'évanouissent devant son impuissance à pourvoir à tous les besoins de la société moderne.

De jour en jour on verra se substituer à l'action gouvernementale celle des associations volontaires de citoyens, principalement pour cette tâche essentielle : la préparation à l'exercice de la profession.

Si nous examinons les derniers décrets, nous voyons que l'autorité universitaire qui, avec raison, avait établi un semblant d'épreuve pour la prothèse dentaire, vient de la supprimer. C'est dire : la prothèse, nous ne pouvons l'enseigner, nous ne pouvons même examiner vos futurs confrères sur cette branche de votre art ; nous ferons donc comme si elle n'existait pas : nous l'ignorerons. Cela ne nous regarde pas. Eh bien ! nous répondrons que cela nous regarde, et sur ce point comme sur tant d'autres, nous prendrons la succession en déshérence qui nous échoit.

Nous avons vécu depuis quinze ans en donnant notre temps, notre argent pour coopérer à une grande œuvre. A l'ancienne formule égoïste : *Chacun pour soi*, et dont je ne conteste pas la nécessité, nous avons ajouté un complément : *Quelque chose pour tous.* Conti-

nuons ; réservons une petite place dans nos préoccupations de tous les jours à l'œuvre commune et l'avenir, comme le passé, aura sa récompense. *(Applaudissements prolongés.)*

TOAST DE M. LE Dr SAUVEZ

En qualité de secrétaire général du comité d'organisation du congrès national de Bordeaux, je vous demande la permission de vous dire quelques mots de cette réunion, d'autant que nous sommes plus nombreux ce soir. Au congrès dentaire qui sera tenu à Bordeaux on discutera la question de la prothèse : c'est une raison pour y aller. Tout à l'heure M. Dubois se plaignait du peu de cas que fait l'administration de cette partie caractéristique de notre art. Je crois qu'il a un peu exagéré et que, sous ce rapport, nous n'avons pas à nous plaindre, puisque deux des nôtres — MM. Martin de Lyon, et Michaëls, ici présent *(Applaudissements)* — ont reçu des décorations justement comme récompense de leurs beaux travaux de prothèse.

On discutera également la question de l'enseignement dentaire en France : il serait utile à cet égard d'aider M. Dubois et de venir au congrès. Je bois donc au congrès de Bordeaux et à son succès. *(Applaudissements.)*

TOAST DE M. BLOCMAN

Je suis chargé de la douce mission de remercier la presse qui a bien voulu venir à notre banquet. Il y a quatorze ans, nous avons commencé par créer une presse professionnelle pour soutenir notre œuvre ; puis la presse politique nous y a aidés. Nous avons bien rencontré quelques contradicteurs, mais en exposant notre bonne cause, nous avons trouvé bon accueil partout. Aussi sommes-nous heureux de remercier tous ceux qui veulent bien nous encourager par quelques lignes ou même seulement par quelques mots placés à propos, non pas que nous recherchions la réclame, puisque nous nous défendons d'en faire, mais parce que nous représentons une idée. C'est pour cette utile intervention que nous leur exprimons ici tous nos remerciements. *(Applaudissements.)*

TOAST DE M. LE Dr MONNET

Nous autres invités, nous ne pouvons oublier la reconnaissance de l'estomac.

On vous a parlé des progrès de l'Ecole dentaire et M. Dubois a justifié le mot de Pascal : « L'éloquence se moque de l'éloquence. » Moi qui ne suis qu'un dentiste d'occasion — *minimus inter pares* — la presse politique m'a permis de défendre votre école quand je n'avais aucun intérêt à le faire. *(Applaudissements.)* Que celle-ci me permette de l'en remercier.

Vous vous souvenez sans doute de l'apologue d'Esope : la langue est la meilleure et la pire des choses. L'école dentaire, elle, est une excellente chose à laquelle son passé a donné toute sa valeur scientifique. *(Applaudissements.)* Son diplôme a cessé d'être un diplôme officiel, c'est en quelque sorte un diplôme défunt ; nous n'en sommes pas moins applaudis à notre entrée dans ses cours et à notre sortie par de nombreux élèves qui viennent lui demander son enseignement. C'est aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris que je bois. *(Applaudissements.)*

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Nous apprenons à la dernière heure que, sur la citation du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, le tribunal correctionnel de la Seine a prononcé, dans son audience du 25 mai, un jugement contre les sieurs Muller, dit James Miller, directeur du Louvre dentaire, et Adler, dentiste, 16, avenue de l'Opéra, condamnant le premier à 200 fr. d'amende pour usurpation du titre de docteur français et exercice de l'art dentaire sous un pseudonyme ; le second à 100 fr. d'amende pour usurpation du titre de docteur français.

Nous publierons ce jugement dans notre prochain numéro en le faisant suivre d'une étude juridique sur les très intéressantes questions de droit qui ont été soulevées à l'occasion de ces affaires.

P. St.

DE LA VENTE DES DENTIFRICES ANTISEPTIQUES

M. Ben Djourno, pharmacien à Alger, s'élève avec véhémence, dans le *Répertoire de Pharmacie* (mai 95), contre la préparation et la vente de dentifrices au salol par d'autres que des pharmaciens. Dans l'espèce, c'était un barbier qui débitait le dentifrice ; mais, outre que l'on rencontre des barbiers dentistes sans aller jusqu'à Alger, je ne sais pas si le collaborateur du journal pharmaceutique eût été plus tendre s'il se fût agi d'un dentiste.

La déclaration du roi du 25 avril 1777, la loi de germinal an XI, ne sont pas des documents très récents ; mais la loi en préparation sur l'exercice de la pharmacie en confirme les dispositions sur ce point. Des termes de ces lois, dis-je, il résulte que nul, s'il n'est pharmacien, ne peut préparer, vendre et débiter des médicaments à peine de 500 fr. d'amende. Le texte est formel et a été appliqué maintes fois.

Le seul point discutable est celui de savoir si les dentifrices sont des médicaments.

Jusqu'ici, quand on n'employait que des liquides alcooliques plus ou moins chargés d'essences, des pâtes, des savons, des poudres alcalines ou inertes, diversement aromatisés, on a été à peu près

unanime à leur reconnaître la qualité de produits simplement hygiéniques qui peuvent être débités par tout le monde.

Je crois que la vente doit être réservée aux pharmaciens, aujourd'hui que le règne de l'antisepsie incite à y adjoindre des substances plus actives : salol, acide phénique, acide thymique et autres, dont la plupart sont des poisons. Certains antiseptiques, le bichlorure de mercure, le chloroforme, figurent même sur la liste annexée au décret du 8 juillet 1850 concernant la vente des substances vénéneuses.

Le comité consultatif d'hygiène, appelé par le ministre de l'intérieur à donner son avis à propos des pansements antiseptiques, a conclu (19 juillet 93) que la vente des produits antiseptiques devait être interdite à quiconque ne serait pas muni d'un diplôme de pharmacien.

Depuis, les syndicats pharmaceutiques ont obtenu des condamnations à Troyes, à Marseille, à Aix, et, tout récemment, à Paris, la 10e chambre a prononcé une condamnation fortement motivée contre les vendeurs du chlorol Maryl.

C'est pourquoi je pense que les dentistes propriétaires de formules de dentifrices feront sagement d'en confier la préparation et la vente à des pharmaciens toutes les fois qu'ils y feront entrer des produits antiseptiques.

P. Stévenin.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

NOMINATION DE NOUVEAUX MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION

A la suite d'une entente avec la Société Odontologique, le Comité d'organisation a décidé d'augmenter le nombre de ses membres et a nommé :

MM. Ducournau, vice-président,
Aujubault } membres.
Dr Queudot }

La Odontologia, de Cadix, dirigée par le Dr Aguilar, fait connaître au public professionnel espagnol les principaux articles du règlement du Congrès.

Elle termine par ces appréciations très flatteuses :

« Connaissant comme nous le connaissons le mérite des membres de la Commission d'organisation, nous ne doutons pas que le premier Congrès Dentaire français ne soit un succès complet et que ces grandes réunions annuelles ne contribuent à l'œuvre du progrès et de la solidarité professionnels et ne soient utiles à tous en augmentant le savoir scientifique et technique de chacun, en permettant de défendre les intérêts communs de la profession dans leurs rapports avec le public, l'administration et la loi, et en établissant des liens de sympathie et d'union entre les dentistes des diverses régions. »

On sait que les confrères étrangers peuvent participer au Con-

grès. Or, étant donné le siège de la réunion en 1895, les dentistes espagnols et portugais peuvent plus aisément que tous autres en faire partie.

Les nombreux abonnés que nous avons dans la péninsule ibérique prouvent, ainsi que l'article de M. Aguilar, que les dentistes espagnols et portugais sympathisent avec leurs confrères français.

Nous espérons que le Congrès de Bordeaux nous donnera le plaisir de faire ou de renouer connaissance avec des dentistes dont les noms ou le souvenir personnel sont dans notre mémoire.

P. D.

COMMUNICATIONS ANNONCÉES

QUESTIONS PROPOSÉES

Nouvelles méthodes et appareils de redressement, avec exposition de spécimens et de modèles d'anomalie.

Martinier. — *Rapport.*

F. Jean. — *Nouveaux appareils de redressement.*

Loup. — *Appareil de redressement à levier.*

Viau. — *Contribution à l'étude du redressement.*

Godon. — *Redressement sans appareil.*

Amoëdo. — *Parallèle entre l'appareil de Wilder et celui d'Angle.*

Cunningham. — *Redressement par la méthode immédiate.*

De l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire en province.

P. Dubois. — *Rapport.*

COMMUNICATIONS DIVERSES

Loup. — *Application de teinture d'iode dans les accidents de dentition.* — *Injecteur et distributeur d'antiseptiques.*

Dr Sauvez. — *Communications et démonstration sur les différents anesthésiques.*

Grimbert et Choquet. — *Bactériologie buccale.*

J. Mendel. — *La membrane alvéolo-dentaire.*

Choquet. — *Démonstration pratique de préparation de coupes de dents pour l'examen microscopique.*

Amoëdo. — *Contribution à l'étude de l'implantation.*

Démonstration clinique d'implantation.

Nouveaux instruments.

I. *Poire collège.*

II. *Seringue pour stériliser les dents mortes.*

III. *Pointes de cautères pour stériliser les dents mortes.*

IV. *Ecarte-lèvres.*

Lot. — *Plaques feutrées pour supporter les dents minérales, à l'usage des dentistes et des fournisseurs.*

Appareil pour réduire les luxations de la mâchoire inférieure.

Porte-empreinte universel.

Accidents résultant d'anomalies d'éruption.

Nouvelle matière à empreintes.

POURQUOI UNE SOCIÉTÉ DE PRÉVOYANCE

Plusieurs Sociétés médicales se sont organisées afin d'assurer à leurs membres une indemnité en cas de maladie ou d'accident.

Depuis longtemps les dentistes projettent de faire de même.

Certains de ces projets ont été formulés devant le Cercle des dentistes, devant l'Association générale des dentistes de France ; mais, par suite de préoccupations multiples, ils n'ont pas reçu de commencement d'exécution.

C'est pourquoi, au jour où la Société Odontologique de France convia tous les dentistes à une séance de constitution d'une Société de prévoyance, plusieurs d'entre nous jugèrent opportun d'y adhérer. Le bénéfice professionnel est évident.

Pour eux, pour ceux dont ils assurent l'existence, les dentistes n'ont pas le droit d'être malades, et pour cette raison, ils sont obligés de prendre au moins un minimum de précautions, afin d'atténuer les effets de la maladie ou de l'accident. Ce minimum, la Société en formation y pourvoit.

Des compagnies d'assurances rendent les mêmes services que les sociétés d'aide mutuelle, mais fondées et gérées dans un but de lucre, au profit des fondateurs, des garants et des administrateurs, elles grèvent les cotisations d'une charge parfois assez considérable.

Les bénéfices s'accumulent au profit presque exclusif des actionnaires, sans que l'assuré ait la satisfaction morale d'avoir fait prospérer et augmenter une œuvre d'intérêt général, dont lui ou ses confrères pourront devenir les bénéficiaires.

De plus, les compagnies d'assurances ont un vice essentiel, la remise aux courtiers, qui est habituellement de deux années de prime, versées immédiatement, et dont elles sont obligées de se couvrir par un traité de dix années. Si ce traité est intégralement exécuté, la compagnie ne touche que huit primes au lieu de dix que son client paie ; si, par suite de circonstances quelconques, il ne l'est pas, elle est lésée ou risque de l'être.

Ainsi, une remise de 20 0/0 aux intermédiaires, des frais d'administration qu'on peut évaluer à un minimum de 5 0/0, une rémunération du capital et des fondateurs à 10 0/0, font qu'il ne reste à la compagnie d'assurances que 65 0/0 environ pour se constituer des réserves et payer les indemnités des sinistrés.

Or, si l'on tient compte que certaines ont des actions qui ont centuplé, on peut se convaincre qu'en général l'assuré paie beaucoup plus que ne vaut le service rendu, on s'explique l'opposition d'intérêts entre l'assuré et l'assureur et l'on comprend pourquoi le paiement du sinistre devient une source de contestations où la compagnie d'assurances abuse de sa situation financière considérable vis-à-vis de son client sinistré. Celui-ci devient solliciteur pour ce qui lui est dû, il est à la merci de la compagnie qu'il a contribué à enrichir.

Cela pour les compagnies ayant le sentiment de la dignité.

Quant aux autres, l'assurance est une entreprise où le génie des Robert Macaire peut se donner libre carrière.

Nombre de dentistes et de médecins en ont eu la preuve, il y a deux ou trois ans, avec une compagnie dont les démêlés judiciaires ont été publiés dans la presse professionnelle.

On ne peut donc que féliciter les promoteurs de la Société générale de prévoyance et principalement M. Ducournau de cette heureuse initiative qui va permettre de compléter notre œuvre d'organisation et de solidarité professionnelles par une création des plus utiles.

Les statuts primitifs avaient soulevé de nombreuses objections, particulièrement de la part d'un de nos collègues qui a une compétence particulière en la matière.

Dans de nombreuses séances, ces statuts ont été révisés par une commission d'études où des représentants des deux principales sociétés dentaires françaises avaient place. Actuellement la Société se présente à l'adhésion de nos confrères, avec toutes les garanties qu'on peut souhaiter en une affaire aussi délicate. Nous sommes convaincu qu'un grand nombre de nos confrères voudront s'assurer en commun une petite ressource, dont la valeur, minime pour plusieurs d'entre eux, n'en est pas moins une garantie, quoi qu'il puisse advenir.

Une Société semblable s'adresse à toutes les situations : aux confrères dont l'avenir paraît tout à fait assuré en raison de leur situation actuellement brillante, à ceux dont l'aisance fait envisager l'avenir avec quiétude, à ceux enfin qui luttent et que quelques semaines de maladie pourraient jeter dans le plus grand embarras.

P. Dubois.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE DES DENTISTES DE FRANCE

STATUTS

But, siège de la Société.

Article 1er. — Sur l'initiative et sous le patronage de la Société Odontologique, il est établi une Société dite « Société générale de prévoyance des dentistes de France » à laquelle pourront seuls accéder (provisoirement) les dentistes exerçant légalement dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Les dentistes de province seront cependant admis, à la condition qu'ils puissent réunir au moins six membres adhérents exerçant dans la même ville.

Art. 2. — La Société a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres qui la composent, placés par un accident ou la maladie dans l'impossibilité de se livrer à leurs occupations habituelles et d'exer-

cer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente.

Pour éviter les hésitations que pourraient avoir certains membres à réclamer leur indemnité, il est décidé que tout sociétaire déclaré malade sera tenu de toucher son indemnité. Libre à lui cependant d'en faire don à la Société.

Art. 3. — La durée de la Société est illimitée, ainsi que le nombre de ses membres.

Art. 4. — Le siège de la Société est à Paris, provisoirement, 3, rue de l'Abbaye.

Art. 5. — La Société s'interdit formellement toute discussion politique ou religieuse ainsi que tous actes étrangers à son but.

Sociétaires, leurs obligations.

Art. 6. — Les sociétaires prennent l'engagement de se conformer aux présents statuts et d'en assurer au besoin l'exécution.

Art. 7. — La limite d'entrée dans la Société est fixée à 50 ans.

A partir de 65 ans toute participation à l'œuvre cesse de plein droit.

Le montant de la cotisation annuelle varie avec l'âge d'entrée, conformément au tableau ci-après.

Cotisation annuelle fixe et invariable pour assurer l'indemnité en cas de maladie et d'accident.

(Participation limitée à 65 ans.)

AGE INITIAL	PRIME ANNUELLE PAYABLE SEMESTRIELLEMENT et d'avance	AGE INITIAL	PRIME ANNUELLE PAYABLE SEMESTRIELLEMENT et d'avance
25 ans	62 francs	38 ans	79 francs
26 »	63 »	39 »	81 »
27 »	64 »	40 »	82 »
28 »	65 »	41 »	84 »
29 »	66 »	42 »	86 »
30 »	68 »	43 »	88 »
31 »	69 »	44 »	90 »
32 »	70 »	45 »	92 »
33 »	71 »	46 »	94 »
34 »	73 »	47 »	96 »
35 »	74 »	48 »	98 »
36 »	76 »	49 »	100 »
37 »	77 »	50 »	102 »

Art. 8. — Tout sociétaire en règle avec le trésorier est libre de se retirer sur simple déclaration adressée, par lettre recommandée, au président du Conseil d'administration.

Art. 9. — Les sociétaires qui sont en retard de six mois pour le paiement de leur cotisation et qui, mis en demeure par une lettre recommandée, ne se seront pas acquittés dans le mois qui suivra la mise en demeure, cessent de droit de faire partie de la Société. Ils ne peuvent y entrer à nouveau qu'après un nouvel examen médical et dans les conditions des nouveaux adhérents.

Art. 10. — Tout retard de plus d'un mois et de moins de six mois dans le paiement de la cotisation entraîne la suspension momentanée du droit à l'indemnité en cas de maladie, lequel droit ne sera acquis de nouveau qu'un mois après que le sociétaire se sera libéré.

Art. 11. — Six mois de sursis seront accordés aux sociétaires relevant de maladie et en retard pour le paiement de leur cotisation. Ceux qui ne se seront pas acquittés dans les six mois qui suivront leur guérison cesseront de droit de faire partie de la Société et auront à subir les conditions de l'article 9 pour y entrer à nouveau.

Art. 12. — Tout sociétaire qui voyage hors de France perd momentanément ses droits à l'indemnité pendant son absence.

Le voyage en Algérie et en Tunisie n'entraîne aucune suspension des droits du sociétaire.

Les sociétaires sont tenus d'informer le président de tout changement de résidence par lettre recommandée.

Tout changement définitif donnera lieu à la démission du sociétaire, à moins qu'il ne se trouve dans les conditions prévues par l'art. 1er.

Art. 13. — Tout dentiste tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires perd son droit à l'indemnité jusqu'à sa rentrée dans ses foyers.

Art. 14. — Tout sociétaire convaincu d'avoir causé volontairement un préjudice grave à la Société (tentatives de fraude) peut en être exclu par décision du Conseil d'administration, sauf appel devant l'assemblée générale.

Art. 15. — Les sociétaires démissionnaires ou exclus n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux. Ces sommes restent acquises à la Société.

Admissions, cotisations.

Art. 16. — Pour être admis dans la Société, tout candidat doit présenter :

1° Un certificat d'examen médical délivré par un médecin que lui désigne le Conseil d'administration ;

2° Un bulletin de naissance ;

3° Une déclaration de bonne santé revêtue de sa signature.

Art. 17. — Pour participer aux avantages de l'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit payer chaque année en deux fois, par semestre (le 1er janvier et le 1er juillet) et d'avance, entre les mains du trésorier au siège de la Société, qui en délivre quittance à souche, une cotisation invariable fixée d'après son âge d'entrée dans la Société par le tableau annexé à l'article 7.

L'âge se détermine par celui qu'on atteint au prochain anniversaire de naissance.

Art. 18. — Quel que soit le nombre des sociétaires, il sera toujours possible de ne souscrire que demi-cotisation pour s'assurer demi-indemnité.

Art. 19. — Les dentistes âgés de moins de 25 ans sont admis dans la Société au même titre que ceux qui ont 25 ans révolus.

Art. 20. — Le droit d'indemnité n'est acquis que pour l'accident ou la maladie survenant après six mois d'admission et après justification du second versement de la cotisation annuelle.

Art. 21. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la Société.

Art. 22. — La caisse de la Société n'est engagée vis-à-vis de ses sociétaires que jusqu'à concurrence de son avoir.

Art. 23. — Tous les ans, il sera dressé un inventaire qui sera communiqué à l'Assemblée générale.

Si, après cinq ans, cet inventaire montre que les réserves se sont abaissées à un chiffre insuffisant, l'assemblée générale pourra modifier le tarif des cotisations à verser, même pour les membres admis.

Ces modifications ne seront valables que si elles sont votées par les deux tiers des sociétaires.

Incapacité de travail ; indemnité.

Art. 24. — Dans le cas de maladie ou d'accident ayant entraîné l'incapacité de se livrer à ses occupations habituelles, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 francs pendant soixante jours, à partir du cinquième jour qui suit la déclaration de la maladie (ce cinquième jour est donc acquis au malade).

Cette indemnité est payable par semaine échue.

Au delà du soixantième jour d'indemnité, c'est-à-dire à partir du soixante-cinquième jour à compter de la déclaration de la maladie et quelle que soit sa durée, le sociétaire reçoit 50 francs par quinzaine, payables d'avance.

Toute indemnité cesse à 65 ans révolus.

Art. 25. — Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacement aux eaux, stations balnéaires ou hivernales, même utiles au traitement, à moins d'une décision spéciale du Conseil d'administration et sous la condition expresse qu'il n'y exercera pas la profession, ni aucun autre travail.

Art. 26. — Une déclaration certifiée exacte par le médecin traitant doit être adressée au Conseil d'administration, dès le premier jour de la maladie, afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de trois jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail, sous peine d'une amende de 10 francs par jour de retard.

Les amendes sont versées dans la caisse de la Société et lui restent acquises.

Art. 27. — Un médecin inspecteur, nommé par la Société, sera appelé à constater le début de la maladie et la guérison.

Administration, contrôle.

Art. 28. — La Société est administrée par un Conseil d'Administration de six membres, savoir : un président, deux vice-présidents, un secrétaire des séances, un secrétaire général et un trésorier.

Art. 29. — Les fonctions des membres du Conseil d'administration sont gratuites, sauf pour le trésorier, qui touchera une indemnité fixée annuellement par le Conseil d'administration.

Art. 30. — Les membres du bureau sont élus par l'assemblée générale, au scrutin secret et à la majorité absolue des votants pour une durée de trois ans. Ils sont rééligibles.

En cas de ballottage dans l'élection du bureau, il sera fait immédiatement un second tour de scrutin où les membres seront nommés à la majorité relative.

Art. 31. — Le Conseil se renouvelle par tiers tous les ans; la première et la deuxième année, le sort désignera les deux membres sortants.

Art. 32. — Le trésorier effectue les recettes, paiements et placements de fonds, sous la surveillance du président et du Conseil d'administration.

Les retraits de fonds déposés, ainsi que la vente des valeurs en por-

tefeuille, ne peuvent être effectués qu'avec le visa du président et d'un autre membre délégué du Conseil d'administration.

Art. 33. — Deux membres élus chaque année et rééligibles en assemblée générale sont chargés du contrôle des opérations de la Société. Ils adressent, à l'assemblée générale suivante, leur rapport sur la gestion du Conseil d'administration. Ces contrôleurs peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, les inventaires, ainsi que les registres de la comptabilité.

Art. 34. — Les fonds de la Société sont déposés dans une caisse publique désignée par le Conseil d'administration. Le trésorier ne peut conserver en caisse que les sommes nécessaires aux menues dépenses courantes. L'importance en sera fixée chaque année par le Conseil d'administration.

Il ne pourra être fait emploi des sommes disponibles qu'en valeurs de tout repos, telles que : rente française, obligations des villes et départements français, des chemins de fer garantis par l'Etat.

Art. 35. — Les admissions partent du 1er janvier et du 1er juillet de chaque année.

Elles sont prononcées par le Conseil d'administration qui se réunit tous les trois mois et plus s'il y a lieu.

Assemblées générales.

Art. 36. — Chaque année une assemblée générale des sociétaires aura lieu dans le courant de janvier, et sera convoquée par les soins du secrétaire général, pour recevoir et approuver les comptes de gestion de l'année.

Art. 37. — Les convocations individuelles doivent être adressées, sous enveloppe ouverte, au moins quinze jours avant la date choisie pour la réunion.

Ces convocations doivent contenir l'ordre du jour de la séance.

Art. 38. — L'assemblée générale statue souverainement sur toutes les questions. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre des membres présents.

Nul n'a le droit de s'y faire représenter.

Art. 39. — Le compte rendu des séances de l'assemblée générale est dressé par les soins du Conseil et sera publié. Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de la Société et aux principaux journaux de chirurgie dentaire.

Art. 40. — Des règlements intérieurs, délibérés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, la mise en pratique de ces divers articles.

Révision. — Dissolution.

Art. 41. — Toute proposition de révision des présents statuts devra être présentée au Conseil d'administration par écrit, deux mois avant l'assemblée générale ; elle devra être appuyée par le sixième des sociétaires. Le Conseil en délibérera et fera un rapport à l'assemblée générale. La révision ne sera définitive que si elle est votée à la majorité des deux tiers des sociétaires.

Art. 42. — La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des deux tiers des sociétaires.

SESSION D'EXAMENS POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,
Vu le décret du 25 juillet 1893 ;
Vu le décret du 31 décembre 1894 ;
Vu les arrêtés des 23 mars 1894 et 7 novembre 1894,
Arrête :

Art. 1er. — Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le lundi 3 juin 1895 à la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° Les candidats ajournés dans les sessions ouvertes précédemment ;

2° Les candidats appelés sous les drapeaux en novembre prochain.

Art. 3. — Les candidats autorisés à prendre part à ladite session en vertu de l'article qui précède auront à subir :

A. Soit les trois examens ;

B. Soit les deux derniers examens ;

C. Soit le deuxième examen seulement, suivant qu'ils appartiennent à l'une des catégories visées par l'article 2 de l'arrêté du 7 novembre 1894 précité.

Art. 4. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine aux dates fixées par le doyen.

Ils produiront les pièces énumérées dans l'article 3 de l'arrêté du 23 mars et dans l'article 3, paragraphe 2, de l'arrêté du 7 novembre 1894.

Art. 5. — Ils consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894.

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

Art. 6. — Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure.

Fait à Paris, le 7 mai 1895.

R. Poincaré.

Ainsi, deux catégories de candidats sont autorisées à se présenter :

1° Les ajournés de la dernière session et ceux de la session antérieure (celle de mai, juin et juillet 1894) ;

2° Les nouveaux candidats appelés sous les drapeaux en novembre 1895.

Quant aux candidats nouveaux, ils ne seront autorisés à subir les examens qu'en novembre prochain.

Nous apprenons qu'il est dans les intentions de l'autorité universitaire de faire de la session de novembre la session régulière accessible à tous les candidats et de la session de juin la petite session limitée aux catégories énoncées ci-dessus.

LES PATENTÉS DE 1892

Le Conseil d'Etat a été consulté par le Ministre de l'Intérieur sur l'application de la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne les patentés ayant pris patente dans le courant de l'année.

Nous croyons savoir que l'avis du Conseil n'est pas favorable à

l'interprétation large de la loi. Malgré cela il n'y a rien de définitif, les avis du Conseil d'Etat étant simplement consultatifs. Nous tenons de bonne source que la solution à donner à cette affaire est encore à l'étude au ministère de la Justice, à qui le dossier a été renvoyé par le Ministre de l'Intérieur.

NON-REMBOURSEMENT DES FRAIS DE VOYAGE

Les frais de voyage payés à un mécanicien-dentiste peuvent-ils être retenus par le patron sur les appointements ?

Le juge de paix d'une grande ville de l'Ouest vient de décider que non. Voici le libellé de son jugement :

« Nous, juge de paix statuant en premier ressort contradictoirement, Attendu que la profession du dentiste est une profession libérale comme celle des médecins et que celui qui l'aide dans sa profession reçoit un mandat et ne peut être assimilé à un employé de commerce ou autre dont le contrat est un contrat de louage, de termes ; attendu que le mandat peut être révoqué quand bon semble au mandant et qu'il est de principe que ce mandataire peut aussi résigner ses fonctions quand il lui semble bon, sauf toutefois l'exécution d'une opération commencée et qu'il est indispensable qu'il finisse lui-même, ce qui n'est pas le cas dans la circonstance ; qu'il est par suite de jurisprudence qu'un congé ne peut être exigé avant la cessation des fonctions du mandataire, comme on est en droit de l'exiger de la part d'un employé dans les professions libérales qui ne procèdent pas du mandat salarié, mais bien d'un marché; qu'il faudrait, pour obtenir une indemnité, que M. N... justifiât que le congé à lui donné par le demandeur constituait un acte malicieux ou vexatoire, autrement dit un quasi-délit, ce qui n'est pas invoqué ici ; attendu qu'en ce qui concerne les frais de voyage du sieur P... que M. N... prétend retenir, que ces frais de voyage font partie des frais du mandat et ne peuvent être récupérés par le sieur N..., que c'était à ce dernier d'être plus prévoyant et d'imposer des conditions exceptionnelles à son mandataire, lorsqu'il a traité avec lui ; attendu que M. N... reconnaît devoir la somme de cent trente-sept francs 80 c. à M. P... pour le temps passé par ce dernier dans l'exercice de son mandat. Attendu que, par suite de ce qui vient d'être dit, M. N... ne peut réclamer de dommages-intérêts pour résiliation de son mandat par le mandataire et doit par suite être débouté de sa demande reconventionnelle ; par ces motifs : déboutons le sieur N... de sa demande reconventionnelle et le condamnons à payer à M. P... la somme de cent trente-sept francs 80, montant des appointements par lui dus au sieur P... comme son mandataire salarié.

LIVRES ET REVUES

Formulaire de médecine et de chirurgie dentaires. Maladies et hygiène de la bouche et des dents, par Noël H. Thomson, D. E. D. P. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1895.

Ce petit livre de 300 pages n'est pas sans mérite ; le cadre est un peu étroit, mais il est assez bien rempli ; on n'est pas en présence

de ces petits traités faits surtout pour les non-professionnels et il s'agit bien ici d'un travail s'adressant aux praticiens.

Les idées sont assez bien condensées et les jeunes étudiants pourront y puiser des connaissances utiles.

L'auteur, généralement bien informé, a pourtant laissé passer quelques erreurs; il reproduit la chronologie de l'éruption de M. Magitot qui est erronée. Il attribue à cet auteur une classification des anomalies qu'il n'a pu puiser dans ses livres ; elle nous est personnelle et est empruntée à l'*Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*. P. D.

MONSIEUR MAGITOT, DE QUOI VOUS MÊLEZ-VOUS ?

La toute petite feuille sans lecteurs qui s'appelle *Revue de Stomatologie* m'a consacré une note bibliographique (? ?) à propos de la deuxième édition de mon livre. Elle ne trouve rien de mieux, à cet égard, que de reproduire un entrefilet du journal médico-clérical de Lille, dont le rédacteur a demandé par lettre à mon éditeur l'envoi gratuit de mon volume. Pour ces messieurs, il est interdit à un chirurgien-dentiste ne faisant pas partie de la Société de Stomatologie de publier un travail quelconque sur l'art dentaire. Il me reproche, de la façon la moins polie d'ailleurs, d'avoir écrit cette hérésie : « *Les ganglions ne sont pas seulement des organes d'arrêt, ce sont encore des milieux de culture.* » Or, non seulement cette phrase est intentionnellement tronquée par ce critique sincère, mais dans le chapitre visé, intitulé « Adénite sous-maxillaire », le passage en question est une CITATION que j'emprunte à un ouvrage classique et signé « *Toussaint* »; de plus, ces lignes sont entre guillemets !

Plus loin, il est dit que je prétends que « les élixirs dentifrices sont d'autant plus actifs qu'ils contiennent un plus grand nombre de substances » : or, ici c'est justement le contraire, car *toutes les formules* de dentifrices que je préconise et dont j'indique la formule suivant les cas, ne comprennent en général qu'une seule substance active, etc.

Si l'on ajoute à cela que les critiques que nous venons de relever sont agrémentées de phrases comme celles-ci :

« *Nos lecteurs ont pu remarquer avec quel silence nous avons accueilli la plupart des livres de pathologie et de thérapeutique odontologiques sortis d'une de ces nombreuses officines qui fleurissent à Paris sous les noms divers d'*Ecoles dentaires, Ecoles odontotechniques *et autres établissements similaires.* »

« *Ces livres, avec leurs allures et leurs titres pseudo-médicaux, encombrent les étalages des librairies du quartier latin, cherchant à en imposer aux lecteurs les plus complaisants ou les plus ignorants. Mais ouvrez-les, feuilletez quelques pages, et vous y trouverez les plus invraisemblables inepties ou le néant le plus absolu.* »

Comme en termes galants ces choses-là sont dites !

Des appréciations faites de ce ton, avec cet atticisme, ne pouvaient

rester enfouies dans la *Revue de Stomatologie*. Il est bon de les faire connaître, elles montrent à quel degré de décrépitude intellectuelle est tombé le pontife vieilli, dont les idées arriérées n'encombrent certes pas les étalages des libraires du quartier latin.

G. V.

Chirurg.-dent. de la Faculté de Médecine de Paris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Hygiène dentaire. — II. Gargarisme antiseptique, formule n° 1. — III. Gargarisme antiseptique, formule n° 2. — IV. Gargarismes contre la fétidité de la bouche. — V. Traitement des fissures linguales. — VI. Traitement de la stomatite. — VII. Gouttes dentifrices au menthol. — VIII. Gargarisme contre la stomatite diphtéritique. Descroizilles. — IX. Antiseptique composé.— X. Un nouvel antiseptique. — XI. Recherche sur la valeur antiseptique du formol. — XII. Acide trichloracétique. — XIII. Substances antiseptiques (leur valeur comparée). — XIV. Solution iodée dans l'éther et la vaseline.

I. — Hygiène dentaire

D'après M. Bardet, le meilleur dentifrice est encore l'acide borique. La solution concentrée de ce produit doit être considérée comme faisant partie de l'installation d'une table de toilette, non seulement pour l'hygiène de la bouche, mais encore pour les soins des yeux et du corps, les soins intimes, etc.

Voici le moyen d'avoir toujours sous la main une solution d'acide borique sans avoir à se préoccuper de son renouvellement : Prenez un filtre en terre à éponge d'une capacité de 5 à 6 litres ; dans le réservoir supérieur vous mettez un kilogramme d'acide borique en poudre et vous versez 3 à 4 litres d'eau à 40 ou 50° environ (de façon à ne pas briser le récipient). La solution descend dans la partie inférieure de l'appareil et l'on n'a plus qu'à verser de temps en temps de l'eau froide sur l'acide borique et à renouveler celui-ci tous les deux ou trois mois. La solution se fait lentement et se sature peu à peu à froid. C'est le meilleur procédé pour avoir, à tout moment, à sa disposition, une solution antiseptique d'usage courant.

Dans un verre de solution boriquée on ajoute quelques gouttes du dentifrice préféré et l'on a ainsi un dentifrice antiseptique sans changer ses habitudes.

L'usage de l'acide borique noircit l'émail, mais il est facile de rendre les dents d'une éclatante blancheur en les frottant avec la poudre suivante :

Fleur de soufre............................	100 grammes.
Essence de menthe.........................	X gouttes.

Mélangez avec soin.

On peut, si l'on veut, faire usage d'une crème ainsi composée :

Fleur de soufre	50 grammes.
Magnésie calcinée	80 grammes.
Menthol	2 grammes.
Glycérine	Q. S.

Pour faire une pâte fluide que l'on colore avec un peu de cochenille.

Cette pâte a l'avantage d'être antiseptique et de constituer par son usage un excellent préventif de la gingivite infectieuse. C'est par une hygiène continuelle de la bouche, basée sur les notions modernes de l'infection, qu'on peut espérer conserver longtemps des dents, même mauvaises.

II. — Gargarisme antiseptique (Dujardin-Beaumetz). Formule n° 1.

Eau	1 litre.
Acide borique	25 grammes.
Acide phénique	1 gramme.
Thymol	25 centigr.

III. — Gargarisme antiseptique. Formule n° 2.

Acide salicylique	1 gramme.
Glycérine à 28°	100 —
Eau distillée de menthe	150 —

Faire dissoudre à chaud l'acide salicylique dans la glycérine, ajouter l'eau distillée de menthe.

Je préfère à toutes les infusions l'eau distillée de menthe, ou même telle autre qu'on voudrait lui substituer. Ces hydrolats ont, sur les infusions, l'avantage d'être très peu chargés de matières organiques proprement dites, et par suite de ne pas apporter dans le mélange d'éléments altérables. Les essences qu'ils contiennent (l'hydrolat de menthe en particulier) sont douées, d'ailleurs, elles-mêmes, de propriétés antiseptiques.

(Répertoire de pharmacie.)

IV. — Gargarismes contre la fétidité de la bouche

Thymol	0 gr. 50
Borax	1 gramme.
Alcool	2 grammes.
Eau distillée	1000 grammes.

M. S. A. Pour se gargariser la bouche avec cette solution.

Acide salicylique	ãã 5 grammes.
Saccharine	
Bicarbonate de soude	
Alcool	150 grammes.

M. S. A. Pour se gargariser plusieurs fois par jour avec une cuillerée à café de cette solution diluée dans un verre d'eau.

V. — Traitement des fissures linguales

Acide phénique	2 gr. 50
Teinture d'iode	ãã 12 gr. 50
Glycérine	

Badigeonner les parties affectées.

VI. — Traitement de la stomatite

Chlorate de potasse	5 grammes.
Décoction de quinquina	200 grammes.
Teinture de cochléaria	25 grammes.
Miel rosat	50 grammes.

Se gargariser plusieurs fois par jour.

VII. — Gouttes dentifrices au menthol

Menthol	ââ 5 grammes.
Chloroforme	
Huile de caryophyle	
Teinture d'opium simple	6 grammes.
Acide phénique	1 gramme.
Alcool	30 grammes.

Mêlez et filtrez. Quelques gouttes de ce dentifrice dans un peu d'eau.

VIII. — Gargarisme contre la stomatite diphtéritique. Descroizilles

Quinquina rouge	10 grammes.
Eau	138 —

Faites une décoction.

Roses rouges	3 grammes.
Eau bouillante	150 —

Faites infuser, réunissez à la décoction de quinquina, et ajoutez :

Teinture de myrrhe	4 grammes.
Acide chlorhydrique	6 gouttes.

Pour un gargarisme à employer dans le cas de stomatite diphtéritique ou gangréneuse. — N. G.

(*Union médicale.*)

IX. — Antiseptique composé

1° Acide benzoïque	1 gr.
Acide phénique	8 gr.
Chlorure de zinc	1 gr.

En solution aqueuse à 1 0/0 tue le staphylocoque en 30 secondes, le charbon à l'état végétatif, le bacille pyocyanique, celui de la diphtérie et de la fièvre typhoïde en une minute.

2° Acide phénique	8 gr.
Acide benzoïque	1 gr.
Acide oxalique	1 gr.

En solution à 1 0/0.

3° Acide phénique	9 gr.
Acide salicylique	1 gr.

En solution à 1 0/0. Ces deux dernières solutions produisent les mêmes effets.

4° Acide phénique	8 gr.
Acide salicylique	1 gr.
Huile de menthe anglaise	X gouttes.

Solution aqueuse à 1 gr. 5 0/0, tue les mêmes microbes en 30 secondes. Le bacille du charbon est tué par une solution à 2 0/00. Des crachats tuberculeux sont stérilisés en 5 à 10 minutes par une solution à 1 0/0. La salive, la bouche sont aussi stérilisées par cette même solution. A. R.

X. — Un nouvel antiseptique

On emploie depuis quelque temps, en Allemagne, un nouvel antiseptique désigné sous le nom d'alumnol. C'est une poudre de couleur blanc-grisâtre, de saveur d'abord sucrée, puis astringente, identique à celle de l'alun. Odeur nulle — n'est pas caustique, bien que sa réaction soit fortement acide au tournesol. — L'alumnol est soluble dans l'eau à la température ordinaire dans des proportions relativement élevées; au 1/5e, les solutions sont claires. Il est moins soluble dans l'éther ainsi que dans l'alcool.

Les solutions d'alumnol au 1/10 et au 1/100 ne sont point incompatibles avec le tannin, la résorcine, le sulfate de zinc, les solutions de sublimé au 1/1000, les solutions boriquées. Elles précipitent avec les carbonates alcalins.

L'alumnol peut être employé en poudre, en solution, en pommade. Comme applications thérapeutiques, il peut s'adapter à nombre de cas, soit dans les plaies simples ou virulentes, soit dans les affections de la peau, soit en vénériologie. Ainsi employées en injections uréthrales à la dose de 2,3 0/0 dans la blennorrhagie aiguë ou subaiguë, les solutions de cette substance ne donnent lieu à aucune douleur.

XI. — Recherche sur la valeur antiseptique du formol

M. Schmitt, après de nombreuses recherches sur ce sujet, est arrivé aux conclusions suivantes : malgré son grand pouvoir infertilisant et son peu de toxicité relative, mais en raison de son faible pouvoir microbicide dans un temps donné, de la causticité des solutions nécessaires pour réaliser rapidement cette action microbicide, et aussi en raison du peu de stabilité de ces solutions, le formol ne paraît avoir aucun avenir chirurgical.

XII. — Acide trichloracétique

L'acide trichloracétique est l'un des corrosifs les meilleurs et les plus sûrs pour les verrues, les cors et les engelures indurées, que l'on peut facilement séparer du tissu non affecté, trois ou quatre jours après l'application.

Formule : $CC^{3}\ CO^{2}\ H$. Rhomboèdres déliquescents, facilement solubles dans l'eau. Point de fusion = 52°3. Point d'ébullition = 195. Densité à 46° = 1,617.

XIII. — Substances antiseptiques (leur valeur comparée)

	Degré de concentration.	Durée nécessaire pour la stérilisation.
Acide salicylique.....	1/100	1/4 de minute
— benzoïque.....	»	1/4 de minute
Listérine............	»	1/4 1/2
Acide salicylique.....	1/200	1/2
Sublimé.............	1/2.500	1/2
Acide benzoïque.....	1/200	1 à 2
— borobenzoïque.	1/175	1 à 2
Thymol.............	1/5.500	2 à 4
Sublimé.............	1/5.500	2 à 5
Acide phénique......	1/100	10 à 15

XIV. — Solution iodée dans l'éther et la vaseline

L'emploi de l'huile de vaseline au lieu d'alcool pour l'application externe de l'iode est recommandable. L'iode 3 à 5 pour cent est dissous dans l'éther et la solution éthérée est ajoutée à de l'huile de vaseline.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. Les tumeurs adénoïdes chez les enfants des écoles primaires. — II. Brosse à dents et typhlite.

I. — Les tumeurs adénoïdes chez les enfants des écoles primaires

Le Dr Baratoux a été chargé par l'Administration de la ville de Paris de rechercher la fréquence des tumeurs adénoïdes chez les enfants des écoles primaires dans plusieurs arrondissements de Pariss.

Il arrive aux conclusions suivantes :

Les tumeurs adénoïdes se rencontrent fréquemment chez les enfants de nos écoles et cela d'autant plus fréquemment que les conditions hygiéniques sont plus défavorables.

En tous cas, on peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que la proportion des enfants atteints de végétations adénoïdes est de 1/9.

Dans une précédente enquête faite par le Dr Saint-Hilaire sur les maladies de l'oreille et du nez chez les enfants des écoles, nous trouvons que, sur 246 enfants examinés, notre confrère a trouvé 67 cas de tumeurs adénoïdes ayant provoqué la surdité, c'est-à-dire une proportion d'environ 2 enfants adénoïdiens sur 11.

C'est à peu près cette proportion que nous avons trouvée sur les 2.000 élèves des 5 écoles, puisque 321 d'entre eux ont été reconnus par nous porteurs de tous les symptômes de tumeurs adénoïdes.

De plus, comme nous l'avons fait remarquer, les adénoïdiens sont en général peu favorisés sous le rapport de l'intelligence : ce sont des élèves peu studieux et occupant presque toujours les dernières places de leurs classes.

Il faut aussi noter que dans les classes inférieures, les élèves atteints

de végétations sont regardés comme des enfants inintelligents— ce qui doit être la cause de leur retrait de l'école, car on en trouve un moins grand nombre dans les classes supérieures.

Il serait utile, croyons-nous, de signaler aux parents les enfants atteints de tumeurs adénoïdes, car le résultat du traitement améliore notablement l'état de l'enfant.

Nous pensons donc que le résultat de notre enquête attirera l'attention de l'Administration sur cette question des tumeurs adénoïdes, aussi importante—sinon plus même — que celle de la dentition qui, la plupart du temps, est une conséquence du mauvais développement du maxillaire dû à la présence des végétations adénoïdes.

Si l'on tient compte que le dentiste peut le plus souvent diagnostiquer les tumeurs adénoïdes par le facies du patient et la forme ogivale de la voûte palatine, on voit quel service il peut rendre en signalant aux parents l'existence probable des tumeurs adénoïdes.

II. — Brosse a dents et typhlite

Sous ce titre suggestif le *Journal of the British Dental Association* publie une note pour attirer l'attention sur les inconvénients des brosses à dents à bon marché.

Leurs soies se détachent aisément et cela peut être cause d'accidents redoutables. Les inconvénients visés par le journal ne sont pas l'immobilisation des soies entre deux dents, ni même leur pénétration dans le larynx et le pharynx, pourtant déjà bien désagréable.

Voici un écho chirurgical venu de New-York, qui fera réfléchir les gens soucieux de leur santé : un chirurgien américain dut opérer un malade pour une typhlite; il ne fut pas peu surpris de trouver comme cause de l'inflammation une soie de brosse à dents qui s'était arrêtée dans l'appendice vermiforme.

Achetez donc des brosses à dents dont les soies soient solidement fixées par un fil d'archal et non celles dont les soies ne sont maintenues que par de la colle.

NOUVELLES

Nomination de chirurgien-dentiste des hôpitaux

Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre ami et collaborateur M. le Dr Roy chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris, comme chirurgien-dentiste des hôpitaux.

Tous les amis de l'Ecole dentaire applaudiront à cette nomination.

L'examen pour l'obtention du certificat d'études exigé des étudiants dentistes est fixé au 24 juillet prochain. Il se passe à la Sorbonne.

Le Xe Congrès annuel de la Société Odontologique Suisse s'est tenu les 11-12 et 23 mai à Genève avec le plus grand succès. Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

ÉCOLES D'AMBULANCIÈRES ET D'AMBULANCIERS

Inauguration de la section de l'Ecole dentaire de Paris.

Mercredi 15 mai a eu lieu, dans l'amphithéâtre de l'Ecole dentaire de Paris, l'inauguration de la troisième Ecole d'ambulanciers et d'ambulancières, sous la présidence de M. Paul Strauss, le dévoué conseiller municipal de Paris, assisté de MM. Godon, directeur de l'Ecole dentaire, Bérillon, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés, notre excellent collaborateur Regnier, et Albin Rousselet, secrétaire général. Parmi les nombreuses personnes qui remplissaient l'amphithéâtre, nous avons remarqué MM. les Drs Butte, directeur de la Policlinique de Paris, Perchaux, professeur à la Société des Secouristes français, Maurice Roy, chef de clinique à l'Ecole dentaire, Mme Regnier, Valentino, chef de bureau au Ministère de l'Instruction publique, Barbizet, sous-chef de bureau, représentant M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, MM. Martinier et Barrié, professeurs à l'Ecole dentaire, Löwenthal et Loup, chefs de clinique, Delaunay et Billebault, démonstrateurs, etc., etc.

Dans son allocution, M. Albin Rousselet a développé le but de ces Ecoles qui sont absolument calquées sur le même modèle que celles fondées par M. Bourneville dans les hôpitaux de Paris. Après avoir rendu hommage au Dr Butte, avec le concours duquel il fondait il y a cinq ans à la Policlinique de Paris la première Ecole, il a été heureux de voir ces Ecoles prospérer et s'agrandir, grâce aux encouragements du Conseil municipal et au zèle des médecins dévoués qui donnent gracieusement leur temps pour l'instruction des gardes-malades. Depuis, les Ecoles d'ambulancières ont servi à la fondation de la Société des *Secouristes français* qui possède aujourd'hui vingt-six écoles à Paris et dans la banlieue.

M. Rousselet termine en remerciant le Conseil municipal et en particulier M. Paul Strauss qui s'occupe avec tant de dévouement de tout ce qui concerne l'Assistance. Il rappelle les magnifiques institutions hospitalières étrangères où l'instruction est donnée à profusion aux infirmières. Il cite les nombreux exemples rapportés par M. Marcel Baudouin, lors de son voyage en Amérique, et espère que bientôt la France suivra l'exemple de l'étranger.

M. Bérillon commence ensuite son cours sur les soins à donner aux idiots et arriérés. Il fait successivement l'éloge d'Esquirol, de Séguin et de Bourneville, et insiste sur l'utilité pour les gardes-malades d'apprendre à bien soigner ces enfants.

M. Paul Strauss, dans un chaleureux discours, remercie organisateurs et professeurs des écoles d'ambulancières, en promettant qu'au Conseil municipal il fera tout ce qui dépendra de lui pour encourager de telles œuvres. Commencées avec succès par le Dr Bourneville, elles ne peuvent, avec ses collaborateurs et plus tard ses successeurs, qu'être dignes de sollicitude et d'intérêt.

Cette petite cérémonie, commencée à 9 heures du soir, s'est terminée à 10 heures et demie.

UNE ÉCOLE DE MASSAGE

On vient de fonder à Paris une *Ecole française d'Orthopédie et Massage*, école unique en son genre et qui permettra aux médecins et aux étudiants désireux de s'initier aux pratiques de la massothérapie le loisir de suivre des malades depuis le début de leur traitement jusqu'à leur guérison, et aux masseurs et masseuses la possibilité d'acquérir des notions suffisantes pour exercer avec compétence et honnêteté leur pro-

fession. Le mot *orthopédie* n'a été joint au mot massage que dans le sens d'*orthopédie manuelle*, et encore cette science n'est-elle enseignée à aucun des élèves qui n'ont pas commencé leurs études de médecine. Cette école est due à l'initiative de M. le Dr Archambaud. Aucun candidat, à moins qu'il ne soit étudiant en médecine, n'est admis à suivre les cours avant d'avoir passé un examen composé de deux épreuves : 1° une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène ou d'anatomie élémentaire ; 2° une épreuve orale sur les mêmes matières. Les épreuves écrites sont conservées à l'école où les médecins pourront les consulter lorsqu'ils auront besoin de se servir de l'un d'eux comme aides. Les certificats ne sont délivrés qu'à la suite d'un nouvel examen portant uniquement sur le massage et sur son application dans chaque cas déterminé. Cinq questions au moins sont posées. Ces examens sont publics et annoncés à l'école huit jours auparavant.

NOUVEAU JOURNAL

Nous souhaitons la bienvenue dans la presse médicale à la *Revue critique d'andrologie et de gynécologie*, dont le premier numéro vient de paraître. Rédacteur en chef, Dr Hamonic. Coccoz, éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Congrès français de médecine tiendra sa deuxième session à Bordeaux, le 8 août et jours suivants.

Le Dr Harlan a repris la direction du *Dental Review*.

Nous nous en félicitons, ainsi que tous ceux qui connaissent la science du Secrétaire général du Congrès de Chicago.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 19 février 1895.

Présidence de M. Godon.

Sont présents : MM. Godon, Lemerle, Viau, Dubois, Frey, F. Jean, Martinier, Bonnard, Bioux, Barrié, Prest, Prével, Löwenthal et Loup. Se font excuser : MM. Roy et d'Argent.

En l'absence du secrétaire des séances, M. F. Jean donne lecture du procès-verbal.

Après les rectifications de MM. Bonnard, Dubois et Bioux, le procès-verbal est adopté.

M. Sauvez signale un article de M. Bérillon tout en faveur de l'enseignement des écoles dentaires et dont il donne lecture. Le Conseil exprimera ses remerciements à l'auteur de l'article.

Correspondance. — Lettre de M. Mandon, qui informe l'administration de sa nomination comme professeur dans les Ecoles de la ville de Paris.

M. Godon fait part de sa nomination et de celle de M. Stévenin comme dentistes des Ecoles du VIIIe arrondissement.

Admissions d'élèves. — MM. Clouet et Schreick sont autorisés à redoubler leur 3e année.

MM. Baudet et Tenet sont admis comme élèves de 1re année. M. Barré, docteur en médecine, est admis en 2e année.

Une réclamation d'un élève, dans le but d'être exonéré de ses droits d'inscription, est repoussée.

Peine disciplinaire. — Sur le raport du surveillant général relatif à la conduite d'un élève auquel il a déjà infligé deux jours d'exclusion, la punition infligée à M. P. est portée à un mois d'exclusion.

Le Conseil décide, en outre, qu'à l'avenir le Bureau aura la faculté de prendre les décisions relatives aux peines disciplinaires.

Admission de M. Dubrac comme membre de la Société civile de l'Ecole.

Les démissions de MM. Xhrouet et Bocquillon sont acceptées.

Demandes de congé. — Sur sa demande, un congé d'un mois est accordé à M. Ronnet. M. Barrié assurera le service en son absence.

M. Duvoisin, de Chartres, est mis en disponibilité sur sa demande et après avis favorable de la commission d'enseignement qui lui laisse son titre d'ex-démonstrateur.

Pour cause de maladie, M. Meunier obtient un congé de trois mois.

Nominations. — MM. d'Argent, Prest et Bioux sont nommés administrateurs de la Société d'Odontologie.

Au sujet de la nomination d'un architecte de l'Ecole, la commission du local est chargée d'examiner les candidatures et le bureau du Conseil chargé de décider de la nomination.

Assurance. Avenant. — Le Conseil, après avoir entendu communication des renseignements fournis par M. d'Argent au sujet de l'avenant d'assurance nécessité par la nouvelle construction, ayant entendu aussi les explications de MM. Prevel, Dubois et Lemerle, décide que l'assurance sera augmentée de 11.000 francs.

Laboratoire de bactériologie et d'histologie. — M. Frey fait un rapport sur cette création imposée par les nouveaux décrets et les conclusions suivantes sont votées:

Un crédit de 1.500 francs.

Nomination de M. Grimbert comme professeur pour l'année 1895.

Nomination de M. Choquet comme préparateur de bactériologie et de M. Joseph Mendel pour l'histologie.

M. Grimbert demandant un nouveau préparateur pour son cours de chimie, M. Faloy est chargé de cette fonction.

Exposition de Bordeaux. — M. Viau estime que le crédit voté sera insuffisant. En ce qui concerne le contenu de la vitrine, à son avis, il sera bon de s'inspirer de ce qui a été fait en 1889, programmes d'études, méthodes d'enseignement, publications, etc., en excluant cependant le matériel scolaire.

Le Conseil confie à son bureau le soin de désigner le membre qui devra représenter l'Ecole à l'exposition de Bordeaux.

La commission du congrès est chargée de l'organisation de l'exposition.

Concours de professeurs suppléants. — Le rapport de M. Dubois conclut à l'application d'un nouveau règlement et en donne lecture. Le Conseil approuve ce nouveau règlement.

Sur la proposition de M. Sauvez, le Conseil vote un crédit de 250 francs pour l'achat des planches d'anatomie topographique pour les conférences portant sur cette matière.

Ces planches, au nombre de dix, et se rapportant aux cours de MM. Marié, Friteau et Sauvez, seront exécutées avec l'approbation de ces professeurs.

Un crédit de 130 francs est voté pour l'achat de planches d'anatomie (collection Malvine) à l'usage du cours de M. Marié et sur sa demande.

M. Lemerle expose la façon dont il comprend l'emploi de l'or au

cours de dentisterie opératoire. Ses conclusions à ce sujet, ainsi que sa proposition sur l'emploi des matériaux des différentes fabriques, sont renvoyées à la commission d'enseignement.

M. Godon propose une nouvelle organisation du service de la clinique, tendant à la création d'une clinique spéciale d'extraction, d'où la nécessité d'installer une salle de clinique supplémentaire.

Le Conseil émet un avis favorable et renvoie cette proposition à la commission d'enseignement pour étudier la nouvelle installation, ainsi que les dépenses qu'elle nécessitera.

La séance est levée à minuit.

Pour le Secrétaire,
L. BIOUX.

Séance du 26 mars 1895.

Présidence de M. LEMERLE, vice-président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, Dubois, F. Jean, Legret, Lemerle, Loup, Martinier, Prével, Roy. (Excuses de MM. Godon et Sauvez.)

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté, après rectification de M. Lemerle.

M. Lemerle. — La 1re partie de ma proposition a été adoptée ; ce n'est que la seconde qui a été renvoyée à la Commission.

Correspondance.

Lettre de *M. Rousset* qui accepte d'être représentant de l'Ecole à l'Exposition de Bordeaux.

M. de Lewd demande un mois de congé. Accordé.

La Préfecture de la Seine informe que des bourses sont accordées à M. Marnes et à Mlle Vidal.

M. Schreick demande à être dispensé du carnet de clinique. *Renvoyé à la Commission scolaire.*

M. Lemerle dit que M. le Dr Sauvez s'étant fracturé la jambe est empêché de faire son cours, il propose de se faire remplacer par M. le Dr Millau.

La demande de M. Sauvez est adoptée.

M. Lemerle donne, au nom de M. le Dr Sauvez, le résumé d'un rapport sur l'organisation de la clinique qui serait dédoublée en clinique pour les extractions et clinique pour les traitements, et demande un crédit de 300 fr.

La division de la clinique est adoptée.

La salle du 1er étage est désignée pour la clinique des extractions.

Un crédit de 300 fr. est adopté après discussion à laquelle ont pris part MM. Martinier, Roy et Lemerle.

M. Lemerle lit un rapport sur les examens et le certificat de mécanicien-dentiste pour apprentis.

Le Conseil adopte le principe de l'examen à la fin de l'apprentissage, et renvoie cette question à la Commission d'enseignement.

M. F. Jean donne lecture, au nom de M. Godon empêché, d'un rapport de la Commission d'enseignement, qui propose d'adresser trois lettres de rappel aux membres du corps enseignant dont le service est irrégulier. Adopté.

M. Bonnard propose l'élaboration d'une sorte de code pour les membres du corps enseignant, et demande l'inscription de cette proposition à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. le Dr Roy combat cette mesure. La proposition n'est pas adoptée.

Admissions d'élèves.

Le Conseil décide que :

M. M... étudiant en médecine de Bordeaux, sera admis en 3e année l'année prochaine.

M. J..., de Lille, sera admis en 3e année après justification de ses quatre inscriptions de médecine.

M. H... sera admis en 1re année, pour le second semestre, après justification de la régularité de ses inscriptions à l'Ecole Odontotechnique.

M. G... ne peut être admis à subir l'examen de 3e année.

M. V... devra justifier d'études dentaires dans son pays d'origine.

M. Martinier lit un rapport sur le règlement des examens.

Après discussion :

L'obligation du tirage au sort des questions à l'examen, est adoptée.

Il est fixé un minimum de 3 points 1/2 pour les épreuves pratiques et de trois points pour les épreuves théoriques.

Les examens auront lieu en présence d'un assesseur et d'un représentant du Conseil.

Demandes d'admission.

M. Pitsch, présenté par MM. de Marion et Viau.

M. Durand, présenté par MM. F. Jean et Viau.

M. Gerbaud, présenté par MM. F. Jean et Lemerle.

La nomination de M. Labro comme architecte est ratifiée par le Conseil.

M. Bonnard remet, au nom de M. Denis, une des médailles frappées antérieurement pour les inaugurations.

M. le président fait part au Conseil de la mort de M. Audy, de Compiègne.

Le Conseil adresse à cette occasion des compliments de condoléances à la famille.

M. Viau, ami personnel de la famille, a représenté le Conseil aux obsèques.

M. Dubois annonce qu'il a acheté des planches pour le cours de M. Marié, ainsi qu'un livre de planches de Massé.

La Commission du banquet est ainsi constituée :

MM. Prével, Viau, Martinier.

La séance est levée à minuit 1/2.

Le secrétaire général, Francis Jean.

Le secrétaire, Dr Roy.

Séance du 9 avril 1895.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Godon, F. Jean, Lemerle, Loup, Prest, Prével, Roy, Viau.

Correspondance.

M. Duvignau demande un congé. Accordé.

M. Lecaudey, sur la demande du président, offre à l'Ecole son portrait. Le Conseil vote des remerciements à M. Lecaudey.

Lettre de M. d'Argent proposant la nomination de M. le Dr Aubeau comme membre honoraire. Adopté.

Lettre de M. Hofzumahaus posant sa candidature au poste de démonstrateur. Renvoyé à la commission d'Enseignement.

Lettre de M. Hénon adressant ses remerciements pour la couronne envoyée pour son père décédé.

A ce sujet, M. Dubois demande qu'il y ait à l'avenir une couronne unique pour les deux groupements de l'Ecole et de l'Association. Adopté.

M. Dubois. — La date du banquet est reportée au 4 mai, et la cotisation est fixée à 12 fr.

Le Conseil décide qu'il sera accordé une gratification au surveillant général, au mois de juillet.

M. Albin Rousselet est autorisé à l'Ecole dentaire une section des écoles d'ambulanciers dont il a la direction.

M. le Dr Roy donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Bonnard, au sujet du procès-verbal, fait observer que le rapporteur demandait qu'il n'y ait pas d'assesseurs et que l'examen se fasse comme à la Faculté ; cette demande a été repoussée ; il y aura des assesseurs comme autrefois.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon. — Si j'avais pu me rendre à la dernière séance, j'aurais demandé que le cours de micrographie soit maintenu, mais seulement pour la 2e année. Adopté.

Sur la proposition du Conseil de famille, sont admis membres de la Société :

M. Antoine Durand, présenté par MM. Viau et F. Jean.

M. Georges Pitsch, présenté par MM. Viau et de Marion.

M. Gerbaud, présenté par MM. F. Jean et Lemerle.

Mlle Bureau, D. E. D. P., présentée par MM. Lemerle et Bonnard.

Demandes d'admission.

M. Amoëdo, présenté par MM. Godon et Dubois.

M. Vamicher, présenté par MM. Viau et F. Jean.

M. le Dr Roy donne lecture d'un rapport au nom de la Commission scolaire, et le Conseil décide que :

M. Scheick sera dispensé du carnet de clinique.

M. Côme Péné sera admis à titre d'étranger, et, pour la Faculté, sous bénéfice d'acceptation de la dispense.

M. le Dr Cerneca sera admis en 3e année ; on lui accorde les 9e et 10e inscriptions.

M. Froilan Rodrigues sera admis à titre étranger en 2e année en payant une année entière.

M. Godon donne lecture d'un rapport de M. Löwenthal au sujet du cours de prothèse.

M. F. Jean donne lecture d'un rapport sur les examens de la Faculté ; ce rapport a été renvoyé par le bureau à une commission composée de MM. Dubois et Roy.

M. Godon félicite M. F. Jean de son rapport très complet ; ce rapport devra avoir une certaine publicité.

Après discussion, le rapport est adopté ; il sera publié dans le journal, il en sera fait un tirage à part de 200 exemplaires.

M. Godon dit que le bureau demande un échange de vues au sujet de la situation de l'Ecole, pour guider sa conduite ; il expose la situation telle qu'elle résulte des derniers décrets et du rejet des crédits à la Chambre.

Une longue discussion s'engage à ce sujet ; MM. Bonnard, Roy, Lemerle, Dubois y prennent part.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

Le secrétaire,
Dr Roy.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2.500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez MM. Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

ON DEMANDE un bon opérateur et un bon mécanicien, chez M. Hélot, 34, rue du Château, Brest.

A CÉDER de suite cabinet anglais, pour cause de changement de situation, dans une ville de 40.000 habitants, faisant 20.000 fr. d'affaires par an. On traiterait pour 10.000 fr. — S'adresser au Journal sous les initiales N. E. W.

UN DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, ancien élève de l'Ecole de New-York, parlant l'anglais et l'espagnol, demande une place d'opérateur. S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, D. H.

CABINET DENTAIRE 1er ordre, à vendre, grande ville du Midi, chiffre d'affaires depuis cinq ans : 186.000 fr., justifiées (moyenne 37.000 par an). Prix demandé 74.000 francs, excellente occasion pour docteur en médecine ayant capital et bon opérateur. S'adresser au bureau du journal, aux initiales B. G.

CABINET A CÉDER dans sous-préfecture de l'Aube, seul, 5,000 francs d'affaires, loyer 500 francs. 7 pièces et dépendances, cour et jardin. Prix très avantageux. Rien comptant. S'adresser au journal.

A CÉDER IMMÉDIATEMENT, dans une grande ville du Midi, le cabinet d'un dentiste américain, ayant fait pendant les années 1892, 1893 et 1894, 35.000 francs d'affaires prouvées (Moyenne par année : 11 à 12.000 francs). On céderait pour 4.000 francs comptant, et pour ce prix on laisserait l'installation complète du salon et du cabinet. — S'adresser à M. Loubières, chirurgien-dentiste, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).

ON DEMANDE un opérateur connaissant la prothèse, diplômé ou patenté ; s'adresser au bureau du journal C. E.

B. THIOLY, 37 rue de la Pépinière, Nancy, demande un bon opérateur D. E. D. P. au courant des travaux de prothèse.

DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris ou province. Reprendrait aussi bon cabinet. S'adresser bureau du journal initiales D. G. 8.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Président-Directeur.

G. Viau, Vice-Président.
Francis Jean, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, Président-Directeur.
P. Poinsot, —

A. Aubeau. — **P. Chrétien**. — **Debray**. — **Dugit père**. — **A. Dugit**. — **F. Gardenat**. — **Dr Kuhn**. — **E. Pillette**. — **Wiesner**.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Dr en médecine.
P. Poinsot, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet. chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.
MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Pariss
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, MEUNIER, HIRSCHBERG, JOSEF, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.
LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1894-95 (Treizième année) — Ch. GODON, Directeur. Francis JEAN, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections:

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Papot, *vice-président.*

M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Billet, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Rollin.
Viau, ✿.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✿.

M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✸, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

15e ANNÉE. JUIN 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. N° 6.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES ACCIDENTS BUCCO-PHARYNGÉS D'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Par M. le Dr G. RICHARD D'AULNAY,

Ancien interne de Saint-Lazare.

L'hérédo-syphilis prouve, à tout moment de la vie de l'enfant issu de parents syphilitiques, son influence infectieuse.

I. Avant même le début de la vie, l'action de cette affection transmissible se fait sentir, suivant le degré de l'infection, sur un ou plusieurs organes du fœtus sous forme de troubles trophiques et de malformations consécutives, dus aux syphilitoxines provenant des parents et qui se traduisent plus tard chez leurs descendants par des anomalies de forme et de structure de leurs systèmes osseux et musculaire, principalement du côté de la cavité buccale.

II. A la naissance ou un peu plus tard (dans les trois et quatre premières années de l'enfance) le virus crée à son tour des lésions syphilitiques bucco-pharyngées osseuses et muqueuses. Ces dernières, *éminemment contagieuses*, doivent attirer particulièrement l'attention des stomatologistes pour le traitement et la prophylaxie à instituer.

III. Enfin, nulle période de la vie de l'enfant hérédo-syphilitique, même durant ce que l'on est convenu d'appeler l'hérédo-syphilis tardive, n'est exempte d'accidents syphilitiques du côté de la région bucco-pharyngée.

Ainsi donc, l'hérédo-syphilis, ou mieux la syphilis congénitale, exerce à toute époque de la vie des syphilitiques héréditaires une triste activité du côté de la cavité buccale.

Voyons maintenant les accidents qu'elle occasionne à ces diverses époques et comment ils se traduisent.

I. Tout d'abord, l'infection syphilitique des parents se fait sentir

sur la cavité bucco-pharyngée du fœtus et lui crée des anomalies de structure et de forme par arrêt de développement.

A. Ces arrêts de développement se produisent surtout sur les os et quelquefois sur les tissus cutanés et muqueux, en créant des solutions de continuité, points de départ des divers becs-de-lièvre osseux et cutanés dans la région du maxillaire supérieur et de fissures labiales et parfois osseuses du maxillaire inférieur, toutes lésions dépendant le plus ordinairement de l'infection syphilitique des parents.

α. Au maxillaire supérieur, deux sortes de becs-de-lièvre peuvent se produire : ce sont les becs-de-lièvre cutanés et les becs-de-lièvre osseux.

1° les becs-de-lièvre cutanés peuvent être médians, unilatéraux, bilatéraux symétriques, bilatéraux asymétriques, commissuraux ou géniens, comprendre tous les tissus de la lèvre supérieure et se terminer pour les uns en dedans au niveau des culs-de-sac gingivaux, et en dehors au niveau de la narine du côté où ils siègent ; pour les autres, après un trajet plus ou moins transversal, soit vers la région auriculaire, soit à la paupière inférieure ;

2° les becs-de-lièvre osseux atteignent à la fois les tissus cutanés et les tissus osseux sous-jacents. On les distingue en becs-de-lièvre *labio-incisifs unilatéraux*, variété de bec-de-lièvre la plus fréquente ; en becs-de-lièvre *labio-incisifs bilatéraux*, faisant saillir en avant l'os incisif, le vrai bec-de-lièvre ; puis en becs-de-lièvre *labio-palatins unilatéraux*, *bilatéraux*, *médians*, etc., plus ou moins complets, atteignant le milieu de l'os palatin ou comprenant même le voile du palais tout entier, d'où formation d'un vaste antrum réunissant la bouche et les fosses nasales, communément désigné sous le terme de *gueule de loup*.

Enfin, il existe des cas où l'arrêt de développement ne s'est manifesté que sur l'os palatin, d'où perforation plus ou moins grande, suivant l'étendue de la fente ou des fentes de cet os ou du manque de cet os.

Comme il est à penser, ces différentes anomalies gênant la déglutition, la mastication et la phonation, sont une entrave considérable pour la prononciation normale et empêchent l'olfaction. C'est bien souvent à cause de ces accidents congénitaux que le petit hérédo-syphilitique ne peut téter, qu'il dépérit, se cachectise et meurt dès les premiers jours.

β. Au maxillaire inférieur, l'hérédo-syphilis peut être la cause de fissure labiale-médiane, unilatérale, bilatérale, n'atteignant que les tissus cutanés. Lorsque la fissure comprend l'os, on peut être sûr qu'elle siège sur la ligne médiane au niveau de la symphyse.

B. L'hérédo-syphilis produit aussi parfois l'atrophie d'un des maxillaires et devient la cause de suture osseuse vicieuse, dérangeant la symétrie de ces os. Certains cas d'hyperostose d'un des deux maxillaires à la naissance peuvent être regardés encore comme provoqués par la syphilis héréditaire.

C. Enfin, l'hérédo-syphilis influe tout particulièrement sur l'évolu-

tion dentaire par retardement d'évolution, par arrêt de développement, par modification de structure. C'est pourquoi fréquemment chez les enfants infectés héréditairement de syphilis, les dents ne sortent que fort tard, présentent des érosions de différentes sortes, des échancrures semi-lunaires, des malformations sous les apparences de macrodontisme et de microdontisme et des disproportions de rapports entre les maxillaires.

II. De la naissance jusqu'à l'âge de 4 ans environ, il peut survenir chez l'hérédo-syphilitique des lésions des muqueuses bucco-pharyngées, ayant toutes les apparences de la syphilis, et étant en effet toutes des *lésions contagieuses des plus syphilitiques...* Aussi faut-il les bien connaître pour se préserver des déboires dans le traitement à faire suivre et pour indiquer les précautions prophylactiques à prendre.

1° La *muqueuse labiale* des hérédo-syphilitiques est une des muqueuses qui sont le plus souvent atteintes de lésions contagieuses syphilitiques. Aussi est-elle dans cet état fort dangereuse pour les nourrices et les personnes de l'entourage du petit héréditaire.

On observe sur les lèvres trois sortes de lésions : des fissures, des érosions et des plaques muqueuses.

A. Les fissures sont de beaucoup les plus fréquentes, elles peuvent se présenter sous trois formes assez différentes : fissures médianes, commissurales, dispersées.

α. Les fissures médianes siègent surtout à la lèvre supérieure à droite et à gauche, au lobule médian occupant le fond de la dépression qui existe normalement à ce niveau. L'épiderme peut paraître seul fendillé, mais en relevant la lèvre, en la faisant saillir, on voit que cette fissure va jusqu'au chorion muqueux.

Cette fissure respecte en général la peau, mais elle se prolonge en arrière sur la muqueuse dans une étendue de 6 à 10 millimètres. Elle a la forme d'un fuseau mesurant en son milieu 1 à 2 milimètres de largeur et de profondeur et elle est effilée aux extrémités. Son fond est rouge sanguinolent ou jaune abricot et parfois recouvert d'une petite concrétion jaunâtre assez consistante. A la palpation, on perçoit une induration très manifeste. Ces deux fissures sont, pour ainsi dire, pathognomoniques de la syphilis chez les héréditaires. A la lèvre inférieure, il existe parfois une fissure médiane unique, occupant le milieu de la lèvre ; mais seule, elle ne suffit pas à faire soupçonner la spécificité.

β. Les fissures commissurales, dont le nom indique suffisamment le siège, s'étendent à la fois sur la muqueuse et sur la peau ; elles sont souvent profondes, larges, et généralement recouvertes d'une croûte jaunâtre. Elles forment aussi parfois sur la peau un bourrelet grisâtre qui circonscrit une surface rose suintante. Elles coexistent le plus souvent avec les autres variétés de fissures.

Les fissures dispersées se montrent en des points quelconques des lèvres et sont toujours dirigées d'arrière en avant ; elles ont, prises en particulier, les mêmes caractères que les fissures médianes. Les fissures dispersées indiquent le plus souvent une syphilis intense.

B. *Les érosions* peuvent recouvrir toutes les portions des lèvres ; elles sont de forme irrégulière, très superficielles, ont une surface rouge ou jaunâtre et saignent facilement. Elles accompagnent souvent les fissures.

C. *Les plaques muqueuses* atteignent les commissures et surtout les bords des lèvres, elles ont tous les caractères des plaques muqueuses, elles sont arrondies ou ovalaires et suintent fréquemment.

2°. *La muqueuse buccale* offre des plaques muqueuses et des plaques opalines, mais elles sont fort rares et assez disséminées quand elles existent. Cette rareté des syphilides buccales chez les enfants tiendrait à l'absence des irritations fréquentes que l'on rencontre chez les adultes, et qui sont produites chez ces derniers par les aliments, les spiritueux et le tabac.

3° La *muqueuse palatine* serait aussi rarement atteinte de lésions hérédo-syphilitiques. Mais il faut savoir que cette muqueuse palatine présente des lésions ulcéreuses que Parrot a décrites sous le nom d'*ulcérations de l'athrepsie* et qu'on ne doit confondre en aucun cas avec des lésions syphilitiques.

α. Ces différentes ulcérations sont les *ulcérations médio-palatines* qui se développent sur les deux côtés de la partie moyenne du raphé de la voûte palatine, un peu en avant de l'insertion du voile du palais et qui sont peu fréquentes. Elles sont ordinairement allongées d'avant en arrière ; parfois irrégulières, profondes, à bords taillés à pics, atteignant jusqu'à l'os. Elles succèdent en ce point aux kystes, formés par des saillies blanc-jaunâtre, décrits par Guyon et Thiery sous le nom de *kystes épidermoïdes*.

Ces petits kystes sont très fréquents chez les nouveau-nés et ils arrivent à s'ulcérer chez ceux d'entre eux dont la nutrition est imparfaite. Quelques auteurs désignent encore ces deux ulcérations sous le nom d' « aphtes de Bednar ».

β. Les *plaques ptérygoïdiennes* de nature athrepsique sont toujours au nombre de deux. Elles sont situées symétriquement sur les parties latérales de la voûte palatine immédiatement en arrière et en dedans de l'arcade alvéolaire, au niveau de la saillie que forment en ces points les apophyses ptérygoïdes. Ces plaques ont une forme arrondie ou ovalaire et leur plus grand diamètre atteint rarement un centimètre. Elles ont une teinte blanc-jaunâtre ; puis, lorsqu'elles se sont ulcérées, elles perdent leur couleur, deviennent brunâtres et alors saignent facilement. Sur le point de guérir, les surfaces se détergent, deviennent rosées, se comblent et reprennent le niveau et l'aspect luisant des muqueuses voisines.

γ. En dehors de ces ulcérations athrepsiques, on peut encore trouver chez les hérédo-syphilitiques des *aphtes*, complications assez rares à cet âge et qui consistent dans de petites ulcérations parfaitement circulaires, d'abord recouvertes d'une pellicule blanchâtre, puis offrant, après la chute de cette pellicule, l'apparence d'une petite capsule circonscrite par une zone d'un rouge vif; des *plaques diphtéritiques* blanc-jaunâtre fortement adhérentes et plus nombreuses que les plaques syphilitiques, et des *granulations blanchâtres de mu-*

guet disséminées sur toute la muqueuse, mais qui sont peu tenaces et non ulcéreuses.

Les seules lésions syphilitiques que l'on trouve quelquefois sur la muqueuse palatine sont, suivant Trousseau, des *plaques muqueuses* des piliers antérieurs et postérieurs s'étendant jusque vers le milieu du voile du palais ; il n'y en aurait, par contre, jamais sur la paroi postérieure du pharynx. Ces plaques elles-mêmes seraient, d'après Parrot, Henoch et Sevestre, fort rares. Le plus souvent, ce sont des érosions irrégulières et superficielles occupant la région postérieure entre la luette et les piliers et s'avançant de là vers la voûte palatine qu'elles atteignent rarement. Ces érosions ne sont pas toujours d'origine spécifique ; malgré cela, on doit, quand on les rencontre, les considérer comme suspectes.

4° La *muqueuse linguale* des hérédo-syphilitiques présente deux sortes de lésions : les plaques muqueuses syphilitiques et la desquamation marginée de la langue, que Parrot avait considérée longtemps comme caractéristique de la syphilis héréditaire.

a) Les *plaques muqueuses* sont assez rares : on en rencontre cependant de temps à autre au voisinage de la pointe de la langue et toujours sur sa face dorsale. Il y en a une ou deux, pas davantage. Elles sont fort petites : 2 ou 3 millimètres. A leur niveau la muqueuse plus rouge ou plus pâle que sur le reste de sa surface fait une saillie lenticulaire ; d'autres fois elle est recouverte en ce point d'une sorte de membrane blanchâtre d'apparence diphtéroïde. Ces plaques indiquent sûrement la syphilis, mais elles ne peuvent trancher la variété de syphilis.

b) La *desquamation épithéliale marginée de la langue* n'est nullement spécifique ; elle serait simplement sous la dépendance de la dentition et du mauvais état des voies digestives. Elle s'observerait surtout à partir du dixième mois et durant les trois premières années. Cette affection est caractérisée par des plaques desquamées d'un rouge vif luisant au centre, circonscrites par un liseré blanchâtre, un peu saillant et qui s'étendent de proche en proche avec une rapidité surprenante en gagnant 1 ou 2 centimètres par 24 heures. La plaque primitive débute toujours sur la face dorsale de la langue. Souvent, lorsque plusieurs plaques apparaissent en plusieurs points, elles ont une tendance à se réunir. Il en résulte alors une figure polycycle formée d'arcades inégales se rejoignant par des angles rentrants. L'apparence de cette desquamation est très caractéristique et fort reconnaissable pour qui l'a observée une fois.

A mesure qu'une plaque guérit, une autre se forme à une certaine distance. La guérison est toujours fort longue.

5° *La muqueuse des piliers* se trouve maintes fois érodée d'un rouge vif, avec contours peu saillants, mais à apparence festonnée.

6° *La muqueuse des amygdales* est atteinte de gonflement, de rougeur, d'érosions, elle saigne facilement et présente de petites dépressions ou mieux des ulcérations cratériformes au niveau des cryptes glandulaires.

Encore une fois, toutes ces lésions sont fort dangereuses, et d'au-

tant plus dangereuses que bien souvent on n'a pas lieu de s'en méfier, tant elles sont peu apparentes.

A cette période enfin, l'infection syphilitique peut produire ses effets néfastes du côté des maxillaires sous forme de congestion amenant, par la suite, de l'épaississement de l'os, de la périostite et plus tard de la périostose, que l'on reconnaît au toucher par les saillies ou nodosités semées sur les bords du maxillaire inférieur ainsi que sur ses branches montantes et au niveau des alvéoles et de l'os palatin.

III. A la période tardive de l'hérédo-syphilis, c'est-à-dire de 4 à 20 ans environ, l'infection manifeste sa présence en atteignant encore ici les muqueuses de la cavité buccale ainsi que la charpente et les lèvres qui supportent les tissus prenant part à sa formation. L'action de la syphilis à cette période n'est grave que par les désordres qu'elle produit chez l'enfant qui en est porteur, car les lésions ne sont nullement contagieuses.

Les lésions des muqueuses que l'on rencontre à cette période siègent sur le palais, la langue et les parois de la bouche, sous les apparences de gommes, ulcérées le plus souvent.

1° *Muqueuse palatine.* — Les lésions gommeuses atteignent assez fréquemment la gorge. Fournier évalue, d'après sa statistique, cette fréquence à 21 0/0 des autres accidents hérédo-syphilitiques. Ces lésions affectent avec différents degrés de prédilection les diverses régions de la gorge.

Voile du palais	30	fois.
Voile du palais et piliers	13	»
Pharynx	3	»
	46	

Ces lésions se rencontrent depuis l'âge de 5 ans jusqu'à 25 ans ; mais c'est entre 10 et 17 ans qu'on note le maximum de fréquence.

Les lésions de la gorge sont des lésions gommeuses dont le début insidieux est traître au malade qui ne se soucie guère de la tuméfaction initiale. Et ce n'est le plus souvent que lorsque cette gomme s'est ulcérée ou que la perforation osseuse s'est produite qu'il s'en inquiète et réclame des soins.

Les lésions de la muqueuse palatine débutent par une déformation du voile du palais, par une tuméfaction tendue, rouge, vernissée, dure au toucher, immobilisant en partie les mouvements physiologiques du pharynx, se développant (gomme), se ramollissant, puis s'ouvrant par de petits pertuis, s'ulcérant ensuite rapidement et formant une petite caverne gommeuse. L'ulcération est entaillée au sein des tissus durs, infiltrés, de couleur purpurine, à bords taillés à pics, à fond jaune bourbillonneux et couverts de lambeaux sphacélés. Dessous, le tissu osseux subit une altération, s'élimine par esquille et ainsi se fait la perforation palatine.

Cette destruction des parties molles et osseuses peut se rapporter à quatre types :

A. *Echancrure marginale du voile,* se développant aux dépens

des parties périphériques du voile du palais sur une longueur plus ou moins grande.

B. *Perforation unique* médiane, centrale, latérale du palais ou marginale du voile du palais, perforation tantôt allongée, tantôt arrondie, tantôt ovalaire, tantôt elliptique, pouvant aller depuis la perforation invisible jusqu'à un noyau de cerise ou à une pièce de 50 centimes.

La perforation peut en outre être multiple : Fournier en a ainsi compté jusqu'à 7.

C. *Echancrure en rideaux retroussés*, résultant d'une simple division antéro-postérieure du voile du palais et de la rétraction musculaire physiologique sur les côtés.

D. *Destruction complète du voile.*

Lorsqu'une de ces lésions s'est produite, les troubles fonctionnels se montrent du jour au lendemain, l'altération de la voix nasonnée confuse est accompagnée d'un souffle nasal et le reflux des aliments et surtout des liquides a lieu par le nez.

Pour le diagnostic, il faut se défier des altérations du lupus, qui sont moins étendues, à contours indécis, à bords plats et à marche lente, et des ulcérations tuberculeuses qui sont plus limitées, moins profondes, qui sont entourées de petits nodules granuleux blanchâtres et qui provoquent des douleurs gutturales.

2° *Muqueuse bucco-pharyngée.* — Les lésions des piliers du pharynx et de la muqueuse buccale sont des ulcérations gommeuses. Elles se trouvent fréquemment sur la paroi postérieure du pharynx et quelquefois sur le naso-pharynx ; elles sont difficiles à voir sans examen rhinoscopique postérieur. Celles de la paroi postérieure du pharynx se présentent généralement sous la forme d'une ulcération et rarement sous la forme de plusieurs ulcérations arrondies, à fond jaunâtre, profondes, à bords bien taillés et entourées d'un liseré pourpre.

3° *Muqueuse linguale.* — Les gommes ulcérées de la langue sont peu fréquentes, fort tardives, elles se rencontrent entre 11 et 26 ans. Elles sont ordinairement profondes, anfractueuses, à bords irréguliers, déchiquetés, surélevés, à fonds anfractueux et bourbillonneux ; elles déforment l'organe et le grossissent. Le plus souvent uniques, les gommes de la langue peuvent être multiples. La cicatrisation est la règle lorsque le traitement est institué de bonne heure. La cicatrice produit des vallonnements sillonnés par du tissu cicatriciel rétractile et entourés par des lobules saillants.

Enfin il n'est pas rare à cette période plus ou moins tardive de voir survenir au milieu du palais ou latéralement en avant ou en arrière, une tuméfaction due à une ostéo-périostite gommeuse primitive de l'os palatin s'ouvrant, tantôt d'abord dans les fosses nasales, puis dans la bouche, tantôt inversement, en créant ainsi la deuxième variété de la perforation palatine, puisque l'autre est due à la gomme sous-muqueuse du palais.

Tels sont, en somme, les accidents que peut produire l'infection syphilitique des parents sur leurs enfants dans la cavité bucco-

pharyngée ; accidents graves pour la vie de l'hérédo-syphilitique par les désordres produits, par le manque et la perte de substance, par irrégularité de conformation, et qui plus est, dans certains cas, accidents *excessivement contagieux* pour l'entourage, toutes choses ayant de l'importance quant à la prophylaxie publique et quant au traitement à imposer aux parents syphilitiques.

CONTRIBUTION A LA PRISE DES EMPREINTES

PRÉSENTATION D'UN PORTE-EMPREINTE RÉFRIGÉRANT

Par M. J. d'Argent,

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

La communication que j'ai l'honneur de vous faire n'a aucune prétention scientifique. Il s'agit simplement de la présentation d'un procédé pour refroidir rapidement la cire, la gutta, le godiva et en général toutes les substances à empreintes qui sont amollies et rendues plastiques par la chaleur, et d'obtenir le durcissement de ces substances pendant leur contact même avec les surfaces qu'on veut leur faire reproduire.

Quelques considérations sur la prise des empreintes me paraissent ici à leur place.

La prise des empreintes est une des opérations les plus fréquentes et même les plus sérieuses de la technique du chirurgien-dentiste; aussi ce dernier a-t-il constamment cherché à la perfectionner et est-il parvenu à des résultats positivement superbes, je dirais même parfaits, si la perfection n'était, en quelque sorte, la négation du progrès.

Depuis l'époque non encore très éloignée où le dentiste, pour mouler les mâchoires, présentait à leur contact, avec ses doigts, une substance plastique amollie par la chaleur, cette manœuvre s'est enrichie du porte-empreinte qui, soutenant uniformément la pâte modelante, et la contenant, au moment où la pression la fait déborder, a résolu le problème des moulages exacts de la bouche en permettant l'emploi de la substances idéale : le plâtre.

Mais, s'il est incontestable que l'usage du plâtre donne des résultats d'une vérité suffisante, les inconvénients qui lui sont particuliers ont tellement limité son emploi qu'on peut affirmer que la plupart des praticiens ne s'en servent pas et que ceux-là mêmes qui l'ont adopté en restreignent l'application à un nombre de cas très petit.

Il est bon d'ajouter que les raisons qui font presque exclure le plâtre de la pratique des empreintes existent surtout pour le patient plutôt que pour l'opérateur, car il n'est pas beaucoup plus difficile de se servir du plâtre que d'employer judicieusement les

autres produits courants. Mais la lenteur du durcissement, malgré l'emploi des substances destinées à l'activer, la chute fréquente de fragments vers le larynx, la difficulté de retrait ou la cassure de l'empreinte, lorsqu'il y a des dépressions triangulaires, sont si désagréables pour le malade, que le praticien limite pour ainsi dire l'emploi du plâtre aux seuls cas où un appareil doit être tenu en

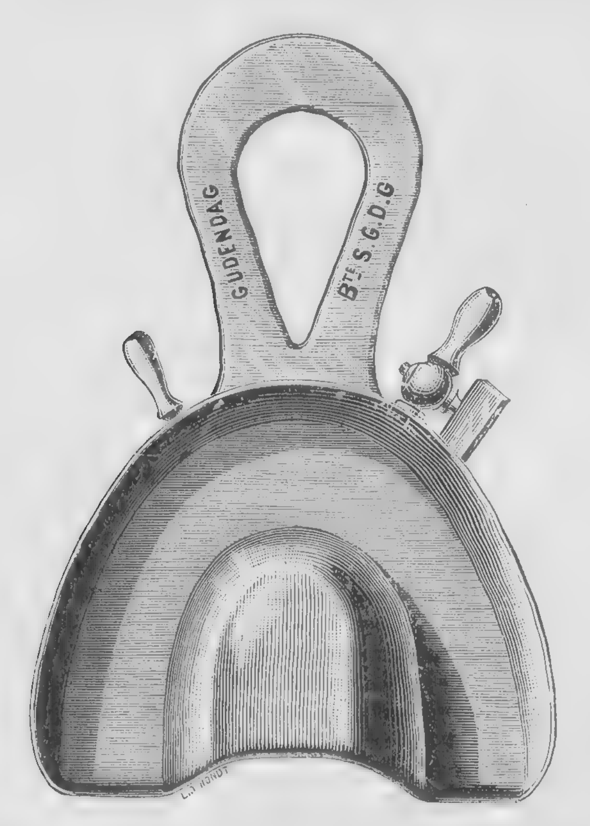


Fig. 1. — Porte-empreinte pour la mâchoire supérieure.

place, dans la bouche, par son exacte adaptation à la muqueuse, donnant à la pression atmosphérique toute son action.

Voilà pourquoi on se sert de préférence des substances résineuses ou cireuses, pour lesquelles les patients éprouvent moins de répugnance.

Sans conteste, c'est le godiva qui répond le mieux à toutes les exigences, à cause de ses différents n°s 1, 2 et 3, correspondant à trois états d'amollissement différents pour une même température : mou, moyen et dur.

Les dentistes lui font le reproche de subir un sensible retrait pendant le refroidissement et de se déformer facilement à la sortie de la bouche. Les malades se plaignent du point élevé de la

température d'application et de la durée de la prise d'empreinte.

Il est évident que si le godiva était très peu chauffé et s'il était rapidement refroidi, pendant son contact avec les surfaces à mouler, tous ces inconvénients seraient atténués et deviendraient même négligeables, au point de vue de l'exactitude ou de la tolérance pour le patient.

Tous les praticiens l'ont compris, et beaucoup, on pourrait dire presque tous, ont tenté de réaliser cette solution ; mais il faut croire que l'on n'y est pas parvenu d'une façon pratique, puisque notre arsenal était encore dépourvu, jusqu'à ces temps derniers, du procédé désiré par tous.

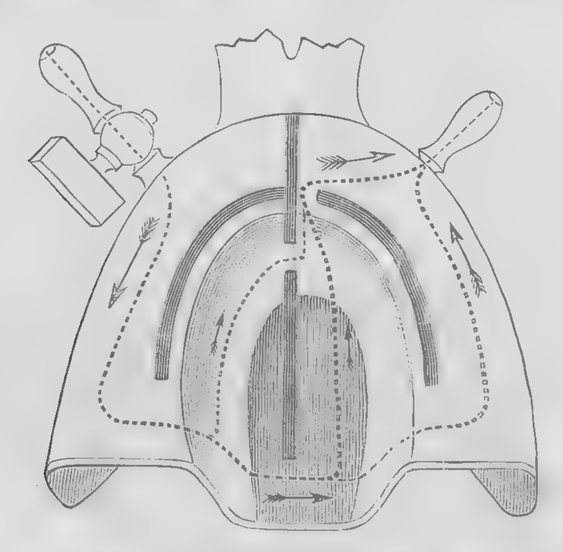


Fig. 2. — Porte-empreinte coupé horizontalement montrant le trajet d liquide réfrigérant.

Les moyens essayés pour activer le durcissement du godiva étaient peu commodes et peu goûtés des malades. Ils consistaient dans l'application de petits linges ou de tampons de ouate trempés dans l'eau glacée, dans l'usage de la glace fondante et même dans la projection d'eau, à l'aide de la poire à injections, ajoutant ainsi la gêne de l'eau à celle du bâillon que subissait déjà le patient.

On nous dit que quelques confrères, parmi lesquels il faut citer M. Viau, qui paraît être le novateur en cette circonstance, avaient expérimenté la projection d'eau entre les parois d'un porte-empreintes à double fond, frôlant le succès qu'ils auraient certainement obtenu par une persévérance plus grande dans leurs recherches.

L'insuffisance et l'application défectueuse de ces procédés avaient laissé le problème sans solution définitive ; c'est celle-ci que j'espère avoir réalisée avec mon porte-empreinte à double paroi et à courant continu, *canalisé dans toutes les parties de l'appareil*, de-

manière à faire passer, sans interruption, une quantité suffisante d'eau froide tout autour du porte-empreinte, pour amener très rapidement le refroidissement de toute la masse du godiva.

Pour éviter toute confusion dans la description qui va suivre, j'appelle côté droit ou gauche du porte-empreinte celui qui correspond à la droite ou à la gauche du patient pendant la prise de l'empreinte, et l'emplacement des autres objets est également ainsi déterminé.

L'appareil nouveau comprend : le réservoir d'eau, la tuyauterie, le porte-empreinte et le déversoir.

L'eau utilisée pour la réfrigération provient d'un réservoir en fer émaillé, blanc à l'intérieur pour la propreté et noir à l'extérieur, afin d'être moins visible. Sa contenance est d'un litre. Il est accroché au mur, à droite de la fenêtre du cabinet d'opérations et à une hauteur de 1 m. 70 à 2 mètres. A sa partie inférieure existe un robinet terminé par une olive à laquelle est abouché un tuyau en caoutchouc, d'un diamètre intérieur de 5 millimètres et dont la longueur dépend de la distance qui sépare le réservoir de la têtière du fauteuil.

Le porte-empreinte est composé, en réalité, de deux porte-empreintes concentriques placés l'un dans l'autre et réunis par la soudure de leurs bords, en ménageant entre eux un espace de 1 à 2 millimètres.

A droite et à gauche de la poignée, il y a une olive ; celle de droite, par laquelle l'eau entre dans le porte-empreinte, est munie d'un petit robinet et est abouchée avec le tube qui descend du réservoir d'eau, tandis qu'à celle de gauche, par laquelle l'eau s'écoule au dehors, est fixé un autre tube aboutissant au déversoir placé sur l'entonnoir du crachoir.

Afin de contraindre l'eau à circuler dans toutes les parties du porte-empreinte, des cloisons posées entre les deux parois règlent le trajet que ce liquide doit suivre pour se répandre partout et aboutir à l'olive de sortie, où une tubulure le conduit au déversoir.

Celui-ci, au début de mes expériences, n'était autre que le crachoir du fauteuil, mais je me suis décidé à prendre un vase spécial, par propreté, pour éviter le débordement du récipient et aussi pour avoir un fonctionnement certain du courant, qui se trouvait quelquefois retardé, lorsque l'extrémité du tube de sortie plongeait dans les liquides plus ou moins épais contenus dans le crachoir.

Le déversoir est un vase en fonte émaillée comme le réservoir.

Sa contenance est un peu supérieure à celle de ce dernier ; le fond est arrondi pour s'adapter avec stabilité sur l'entonnoir du crachoir, où il est placé pendant l'opération.

L'ouverture du déversoir est traversée diamétralement par une bande de métal servant à le porter, et au milieu de cette traverse est fixée une olive qui reçoit la tubulure d'évacuation du porte-empreinte. Cette disposition a pour but d'éviter toute mobilité du tube et conséquemment l'écoulement de l'eau à côté du récipient.

Ceci dit, avant de prendre une empreinte, placer le déversoir sur le crachoir et fixer sa tubulure à la tablette, en l'enroulant autour

du verre d'eau, par exemple, pour qu'elle soit à la portée de la main ;

Remplir le réservoir, après avoir eu soin d'en fermer le robinet ;

Garnir de godiva le porte-empreinte, dont on aura également fermé le robinet, lui annexer ses tubes et ouvrir le robinet du réservoir; ensuite, prendre l'empreinte comme à l'ordinaire et ouvrir le petit robinet du porte-empreinte.

L'eau circulera alors sans délai ni obstacle dans l'appareil tout entier, et, en très peu de temps, aura refroidi le godiva.

Il est bon de rappeler que le procédé ne supprime pas l'excellente habitude qu'on a de faire rincer la bouche du patient, afin de refroidir sa muqueuse et ses dents, et d'empêcher l'adhérence du godiva à ces dernières. Avant de confier l'empreinte au mécanicien, il est prudent, *pour éviter que la plâtre ne pénètre dans les olives*, de placer sur celles-ci des coiffes en caoutchouc semblables à celles que j'ai prescrites, autrefois, pour protéger les dents sensibles au froid dans les extractions avec le coryl.

Ceci exposé, on m'a demandé de déterminer exactement la durée d'une bonne empreinte à l'aide du nouveau procédé. Je répondrai que la durée est variable et doit être variable comme la plupart de nos moyens d'action et qu'elle est subordonnée à quelques conditions que tout le monde connaît.

La prise des empreintes reste un art, comme l'ajustement des dents, l'extraction, etc.

Il importe cependant d'établir quelques règles, dont les subdivisions seront discernées par le tact, le savoir et l'expérience des opérateurs :

1° Le sujet est plus ou moins tolérant ; dans le premier cas, on peut laisser l'empreinte plus longtemps que dans le second, mais le maximum d'une 1/2 minute ne me paraît pas devoir être dépassé avec avantage. C'est surtout lorsque le malade sera intolérant qu'il est utile de se servir d'un porte-empreinte s'adaptant exactement afin de réduire la quantité de godiva employée et d'activer l'action réfrigérante assurée par le nouveau modèle ;

2° La mâchoire présente des noirs, des dépressions triangulaires ou, au contraire, est de bonne dépouille ; dans le premier cas, 10 à 15 secondes sont suffisantes, tandis que, dans le second, on peut aller jusqu'à la limite d'une 1/2 minute, si le sujet est tolérant.

On peut aussi, dans le cas de mauvaise dépouille, créer un modèle de porte-empreinte dans lequel la réfrigération soit limitée à la voûte palatine, ou à la face linguale, pour le bas.

Les applications sont nombreuses et s'étendent aux restaurations buccales comme à celles des mâchoires.

Dans tous les cas, les empreintes sont plus fidèles et se déforment moins à la sortie de la bouche ; elles autorisent l'emploi du godiva le plus mou et à la température la plus basse et prolongent son usage en évitant sa sécheresse. Les dents sont moulées dans leur forme exacte, ce qui est d'un prix inestimable pour l'articulation des dentiers et pour éviter les retouches.

Les nombreux essais satisfaisants que j'ai faits m'ont prouvé

que le nouvel appareil comble une lacune de notre technique, les appréciations très élogieuses que j'ai reçues de mes confrères, dimanche dernier, à la séance de démonstrations organisée par notre Société, confirment ma conviction.

En terminant, je serais injuste si je ne rendais pas hommage à la complaisance et à l'habileté de mon collaborateur, M. Gudendag, fabricant d'instruments de chirurgie, qui s'est chargé d'exécuter mes modèles avec une abnégation que nous ne trouvons pas assez souvent lorsque nous cherchons à réaliser une idée même très utile.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OBTURATIONS PAR LES ÉMAUX FUSIBLES

Par M. FRESNEL,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Ayant assisté dernièrement à une démonstration faite à l'Ecole dentaire par M. Dubois sur les obturations à l'aide de bâtons d'émail fusible et fondant à une température assez basse, j'ai été vivement intéressé par les avantages de ce mode d'obturation.

Depuis, j'en ai exécuté un certain nombre chez moi, mais en procédant d'une manière un peu différente. M. Dubois prend l'empreinte de la cavité avec une feuille d'or platiné mince, qu'il foule en tous sens avec une boulette de coton, puis avec un brunissoir. Dans cette cupule ainsi obtenue, il place un morceau d'émail, puis le fait fondre au-dessus d'un bec Bunsen.

En apparence, ce procédé est très simple ; mais en réalité il n'en est pas toujours ainsi, car la feuille mince se crève et parfois se déforme lorsqu'on la retire.

Je prends donc l'empreinte de la cavité à obturer avec de la cire, du godiva ou du plâtre et je coule un petit modèle en plâtre. Plaçant dans celui-ci quelques morceaux d'émail, je les fais fondre à même au chalumeau, absolument comme si je voulais souder, en ayant soin que l'émail se répande sur les bords et reconstitue la forme naturelle de ma dent, en ajoutant si besoin est. Mon bloc ainsi obtenu, je n'ai plus qu'à le sceller dans la dent avec un ciment clair, moulant le surplus si cela est nécessaire.

J'ai posé un bloc fait de cette façon sur une malade de l'Ecole devant MM. Barrié, Prest, Stévenin et Touvet-Fanton. Il s'agissait d'une face triturante avec reconstitution de la face antérieure d'une grosse molaire inférieure.

Je ne prétends pas que le procédé de moulage à l'aide de la feuille mince doive être délaissé, mais je trouve préférable de fondre directement dans le petit modèle, car de cette façon il est possible de modeler l'émail en fusion et de faire des reconstitutions, ce qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir autrement.

Par cette modification j'espère que les applications d'émaux seront plus fréquentes, au grand avantage de l'esthétique de la bouche.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 7 mai 1895.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean fait part des excuses de M. Godon, empêché par une indisposition d'assister à la séance.

Aucune observation n'est formulée sur le dernier procès-verbal publié ; ce procès-verbal est, en conséquence, adopté.

I. — Contribution a l'étude des émaux fusibles, par M. Fresnel.

M. Fresnel donne lecture d'une note sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*) et présente des spécimens.

Discussion.

M. Stévenin. — Certains opérateurs prennent une empreinte et fondent leur verre sur la cupule, parce qu'ils trouvent que c'est plus exact que dans la bouche.

M. Fresnel. — Avec le procédé de M. Dubois on ne peut pas faire de reconstitution.

M. Loup. — La prise de l'empreinte avec le métal est un progrès au point de vue de la coaptation des morceaux. Les bords de la cavité sont absolument pris et le verre se soude avec le métal. Si vous opérez dans le plâtre, vous avez un plus grand retrait et une coaptation moins régulière et jamais vous n'obtenez la régularité donnée par la capsule.

M. Stévenin. — Quand vous prenez une empreinte avec une plaque de métal, vous avez de l'épaisseur et cela rentre exactement.

M. Loup. — Vous devez faire l'entrée avec une base conique extérieure et vous avez une netteté absolue. L'avantage du verre est surtout manifeste pour les dents antérieures.

M. Stévenin. — C'est pour cela que le procédé que je vous signale offre un avantage.

M. Dubois. — Pour les cas simples il y a avantage et économie de temps à se servir de la plaque estampée au moyen du brunissoir ; le procédé de l'empreinte permet de faire une obturation avec reconstruction plus facilement, mais celle-ci ne peut être achevée séance tenante. Pour les caries du collet, ce dernier procédé est une complication inutile.

II. — Observation de dents surnuméraires, par M. Gulliker.

M. Dubois. — Je suis chargé par M. Gulliker, ancien élève de l'Ecole, de vous communiquer une observation de dents surnumé-

raires et de vous présenter les modèles. (Il donne lecture d'une note sur ce sujet.

DISCUSSION.

M. Dubois. — Ces modèles sont intéressants par leur développement considérable, mais ils n'atteignent pas le géantisme de ceux présentés par M. Rigolet.

M. Francis Jean. — Est-il parlé de l'âge ?

M. Dubois. — Non, puisque c'est sur un crâne qu'ils ont été pris. On a rarement trouvé des anomalies de nombre par augmentation ; on en trouve, au contraire, plus facilement par diminution. Si l'atavisme est donné comme explication des anomalies de nombre par augmentation, il faut avouer que le legs nous vient de loin, car les singes les plus proches de l'homme, les anthropoïdes, ont 32 dents et il faut remonter aux singes grimpeurs — aux lémuriens — pour rencontrer une augmentation du nombre des dents existant actuellement chez l'homme. Ce n'est pas moi qui ferai des objections à notre ancienne parenté simienne en ce qui concerne l'ensemble de l'organisme et je ne discute ici que la tératologie des anomalies de nombre par augmentation. Je pense que l'hypothèse émise par M. Gulliker est trop peu étayée.

III. — PRÉSENTATIONS DIVERSES DE LA PART DE M. HÉNON.

M. Dubois. — Nous avons perdu, il y a quelque temps, un des membres de l'Association, M. Hénon. Son fils, touché des témoignages de sympathie que nous lui avons adressés, a bien voulu me remettre trois dons importants pour le Musée, en me priant de vous les présenter.

Le premier est un obturateur fait en 1856 pour un avocat de Bruxelles et brillamment exécuté, malgré sa date ancienne.

Le second est un fragment de crâne avec une anomalie de siège : c'est une canine, c'est-à-dire une dent qui paraît tard, avec une anomalie de direction, elle s'est logée obliquement dans le maxillaire.

Le troisième est une mâchoire de tortue d'Abyssinie avec les ligaments.

M. Francis Jean. — Ces trois pièces figureront avec honneur dans notre Musée, elles sont toutes les trois très intéressantes. La Société adresse ses remerciements au donateur, M. Hénon, et elle charge M. Dubois de les lui exprimer.

IV. — DE LA TEINTURE D'IODE DANS LE PRURIT GINGIVAL DES ENFANTS PAR M. LOUP.

M. Loup. — Je reviens sur cette question que j'ai déjà traitée deux fois devant vous parce que, le mois dernier, je me suis trouvé en contradiction avec M. Dubois et parce que depuis j'ai obtenu de très beaux résultats à Saint-Lazare.

Pour M. Dubois, comme il n'y a pas d'accidents généraux de dentition, le dentiste n'a pas à s'en occuper. Or, je ne m'attaque qu'à la douleur locale, parceque la douleur de la dentition existe, tandis que l'accident général ne me regarde pas; mais, la douleur locale

étant guérie, s'il y a un accident général que s'y rattache, il guérira également.

On m'a dit aussi : il y a eu une séance à l'Académie de médecine où des médecins distingués n'ont pu s'entendre sur la question des accidents généraux. Mais je n'ai pas prétendu qu'il y eût des accidents généraux.

La dentition ne se fait pas en une seule fois et la douleur est produite par l'érosion des tissus sous-jacents : c'est cette douleur que je calme. Et, à cet égard, le danger qu'on reproche à la teinture d'iode, je ne le reconnais pas. En faisant mettre de la teinture d'iode sur la gencive ; je ne dis pas de l'avaler; on peut d'ailleurs en laisser tomber dans la gorge de l'enfant — et si cela arrive, la quantité sera infinitésimale et ne le gênera pas, car elle sera immédiatement diluée par l'abondante salivation de l'enfant.

J'ai fait appliquer le traitement à la maison de Saint-Lazare. Voici les deux observations les plus typiques parmi toutes celles qui ont été relevées (il en donne lecture). Je suis allé voir l'enfant en question et, si l'on ne m'avait pas dit qu'il était malade, je ne l'aurais, certes, pas pensé.

Le mois dernier, M. Dubois m'a dit que j'étais en présence d'une série heureuse. Si véritablement il en est ainsi, comme la série s'étend, le bienfait s'étendra peut-être aussi sur toute la nature, pour paraphraser le vers du poète. Avec des chiffres comme ceux que je vous indique, contester mes résultats, c'est nier l'évidence. Si nous cherchons des cas de dentition, nous les trouvons, et si l'on avait pu demander ici aux malades ayant des enfants faisant leurs dents d'essayer la teinture d'iode, nous aurions rendu service à l'humanité.

Discussion.

M. Dubois. — Le traitement de M. Loup n'est plus appliqué dans les mêmes conditions que précédemment : dans deux cas on nous parle d'insomnie, mais pas d'éruption. Dans l'esprit de M. Loup, les désordres de la période infantile sont dus au prurit gingival : il combat celui-ci avec l'iode pendant 15 jours et l'insomnie disparaît. Mais ce petit désordre du tégument externe n'est pas cause des troubles intérieurs. Dans nombre d'observations de M. Loup on parle de prurit gingival, mais on ne nous dit pas que les dents apparaissent le lendemain. S'il est bien difficile, dans le traitement des adultes, de discerner le rôle du traitement, à plus forte raison en est-il ainsi dans celui des enfants.

M. Loup. — Je répondrai deux choses à M. Dubois : d'abord que c'est nier l'évidence que de nier les résultats obtenus, ensuite que j'ai cité l'expérience faite sur mon enfant qui a eu des crises provoquées par la dentition, nous empêchant de dormir pendant onze nuits, et que ces crises n'ont cessé qu'avec la teinture d'iode. Le traitement donne ses résultats même en dehors de la période de sortie de la dent, parce que la dent, avant de faire éruption au dehors, fait son évolution dans l'intérieur des tissus, et l'enfant ne souffre pas seulement au moment où la dent traverse la dernière

pellicule gingivale, mais pendant toute cette évolution. Plusieurs enfants sont pris à des périodes différentes, souffrant on ne sait pas pourquoi, on applique un traitement local et ces enfants sont calmés. Quand l'iode a apaisé plusieurs fois de suite la douleur qu'ils éprouvent et cet état d'énervement qui en découle, vous ne pouvez pourtant pas nier les faits observés.

Pour moi, il y a des douleurs de dentition et pas de prurit gingival, il y a des désordres graves locaux et de la répercussion sur l'état général. Quand un petit être est resté sans dormir, cela se fait sentir sur son état général.

M. Dubois. — Au début, j'ai cru que l'application de M. Loup agissait comme le coup de bistouri des anciens médecins, et maintenant il ne s'agit plus de l'éruption immédiate, il s'agit d'une période pré-éruptive que l'iode rend plus normale, il s'agit de l'iode appliqué à tout enfant ayant de l'insomnie. L'enfant est toujours en travail de dentition. Je ne veux pas pousser l'argumentation jusqu'au paradoxe et dire que l'iode va remplacer le lait, pourtant l'enthousiasme de M. Loup pourrait le donner à croire. Les médecins du commencement du siècle attribuaient à la dentition une foule de troubles qui ne lui sont pas imputables. Notre collègue retourne en arrière et semble leur donner raison ; pour lui, l'éruption difficile est la grande coupable, même quand elle se fait un mois après.

Nous ne devons pas prendre nos enfants comme exemples, car alors nous tombons dans les cas personnels et trop peu nombreux. Nous soignons des dents d'adultes et non des dents d'enfants, nous avons une besogne limitée et point de sujets d'étude de ce genre-là ; nous sommes donc mal placés pour formuler des conclusions générales. Je ne discute pas les bons effets de l'iode, je dis que le dentiste est peu compétent en cette matière.

M. Ronnet. — Comment M. Loup explique-t-il l'effet de son médicament ? En examinant l'os d'un enfant en bas âge, on constate que la formation se produit assez facilement et je ne vois pas ce que peut faire l'iode dans l'évolution du follicule.

M. Loup. — Quand la dent est sortie de l'os, elle se trouve en contact avec les tissus mous ; alors commence la douleur, une douleur de dentition seulement, car pour moi le prurit gingival n'existe pas, il y a un travail de congestion que la teinture d'iode combat.

M. Ronnet. — Alors quelle différence faites-vous avec l'ouverture de la gencive ?

M. Loup. — En faisant l'ouverture avec le bistouri, il faut être sûr de la période d'évolution, autrement on forme une plaie d'où résulte une cicatrice qui offrira plus de résistance à la dent quand elle sortira : il faut toujours craindre en outre une hémorrhagie qui peut entraîner la mort, cela s'est déjà observé. Mon procédé offre donc un avantage, puisque j'emploie un agent inoffensif et qu'il s'étend à une période très éloignée de l'époque de l'éruption.

M. Debray. — On peut toujours essayer le traitement puisqu'il donne des résultats.

M. Ronnet. — Il convient d'abord de raisonner le traitement.

M. le Dr Roy. — D'après M. Loup, l'iode est un calmant et même un soporifique, ce serait même une panacée des maladies infantiles. Sans aller aussi loin, on pourrait peut-être expliquer les effets calmants qu'il a observés par la mise en jeu d'un réflexe. En effet, l'endroit où M. Loup fait ses applications de teinture d'iode est, chez le chien, le siège d'un réflexe décrit par Dastre, et peut-être ce réflexe existe-t-il aussi chez l'homme.

M. Francis Jean. — Quoi qu'il en soit, la question est loin d'être résolue et nous aurons certainement l'occasion d'y revenir.

V. — Présentations diverses, par M. Loup.

1°

Charnière pour boîtes.

M. Loup. — Dans notre cabinet d'opérations, il nous faut à la fois l'utile et le commode. Aujourd'hui je vous présente une articulation de boîte à or. Quand vous placez une boîte à or sur la tablette, en l'ouvrant, le couvercle occupe un espace égal à la boîte elle-même et diminue ainsi la place dont vous disposez ; cet inconvénient disparaît avec la charnière que je vous présente, car le couvercle passe dessous.

2°

Appareils de redressement.

M. Loup. — J'ai fait un appareil de redressement pour deux incisives centrales supérieures projetées en avant. Une petite plaquette forme levier et bascule sur les deux incisives centrales, et une petite vis, dont la course est mesurée par la courbure du levier de telle façon que, quand elle est au bout de la course, les dents sont en place, complète l'appareil. En trois semaines, j'ai obtenu un recul de 2 centimètres. Avec une seule vis on peut déplacer plusieurs dents et, avec la même vis, on peut déplacer les 4 incisives (Il présente l'appareil).

VI. — Présentation d'un écarte-lèvres, par M. Amoedo.

M. Amoedo. — Je vous présente un appareil servant à abaisser les lèvres et à écarter la langue.

Cet instrument (fig. 1), construit en maillechort-nickel, sert à écarter les lèvres et les joues et à abaisser la langue. Son emploi est fort utile lorsqu'il faut cautériser les gencives, soit au thermocautère, soit à la teinture d'iode, etc. Grâce à lui le champ opératoire est mieux éclairé et on ne brûle ni les lèvres du malade ni le doigt de l'opérateur.

On introduit d'abord une des extrémités entre les lèvres en l'inclinant derrière la commissure, puis on introduit l'autre extrémité et l'on ramène l'instrument au milieu (Fig. 2 et 3). Il faut le maintenir en tirant toujours vers l'opérateur, car on fait très mal au malade lorsque l'appareil presse la muqueuse contre l'os.

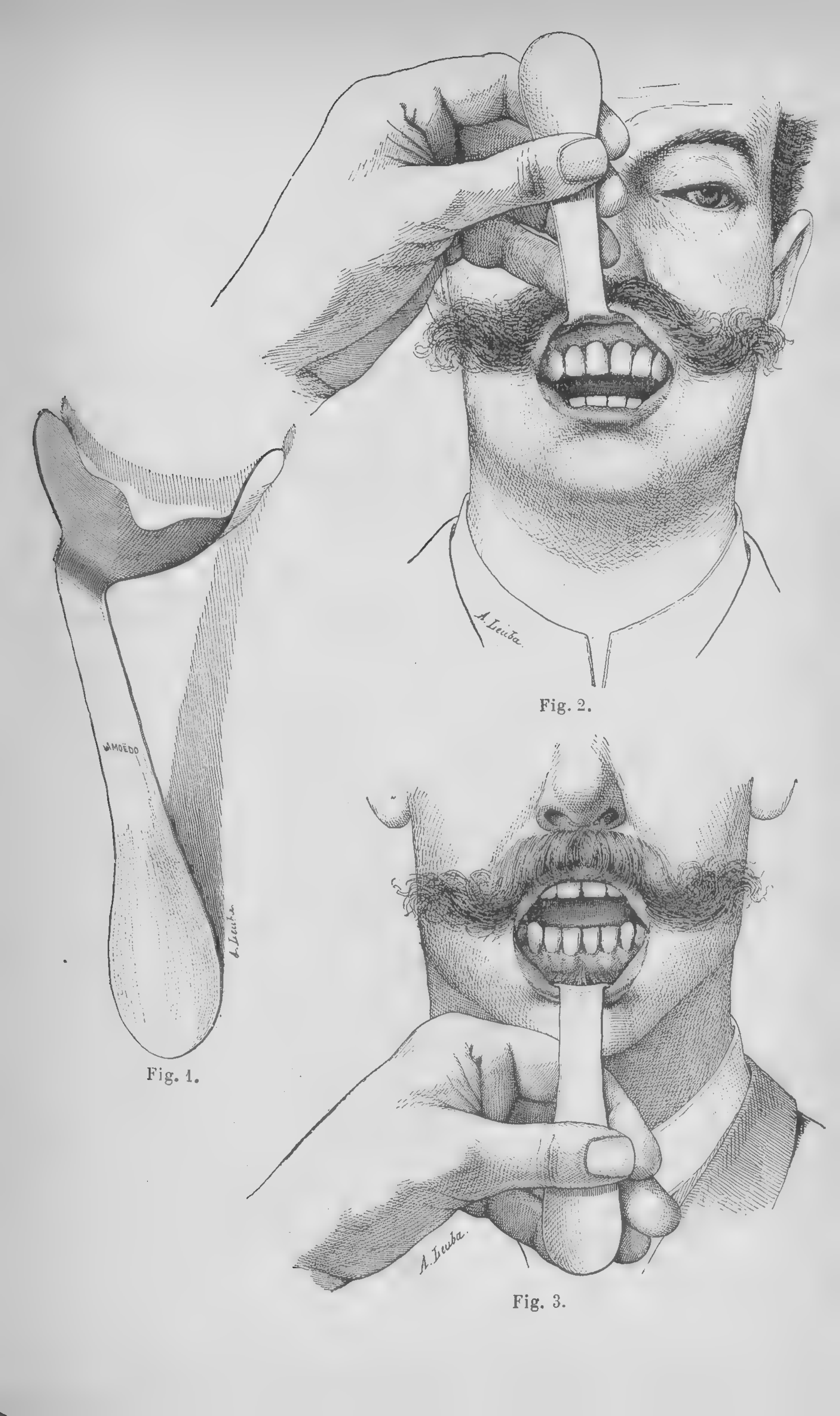


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Le stériliser avant et après chaque usage, en le passant sur une flamme.

J'en offre une demi-douzaine pour la clinique de l'Ecole.

M. Francis Jean. — La Société remercie vivement M. Amoedo de sa générosité.

VII. — Appareil perfectionné pour l'emploi du chlorure d'éthyle, par M. Goddé.

M. le Dr Sauvez. — Le petit appareil que je vous présente, de la part de M. Goddé, se compose d'un siphon métallique à parois assez épaisses, que l'on peut charger soi-même, avec le récipient à chlorure d'éthyle dont il est pourvu. On annexe au siphon une petite soufflerie et, au moment où la pulvérisation se produit, l'appareil agit comme un coryleur, avec cette différence qu'il n'occupe qu'une main. Un petit ajutage permet de guider la pulvérisation.

DISCUSSION

M. Jeay. — Avec le coryleur, vous êtes obligés de tenir l'appareil à une certaine distance, il n'en est pas de même avec cet appareil. Il faut que le jet soit très fin et vous avez intérêt à ne pas ouvrir complètement le robinet.

M. Debray. — Le coryleur est soudé à l'étain et il éclate souvent, le fait s'est produit chez moi.

M. Jeay. — Cet instrument est beaucoup plus maniable que le coryleur.

VIII. — Moteur et appareils électriques a l'usage du dentiste, par M. Heller.

M. Heller. — Je vous présente un moteur de 110 volts mû par un accumulateur, dont la vitesse peut être réglée par pédale, formant boîte de résistance. Ce moteur peut être naturellement branché sur les installations électriques de la ville. (Il présente le moteur, un tour, un galvano-cautère, une lampe à bouche, etc.)

DISCUSSION

M. Jeay. — Comment réglez-vous le courant ?

M. Heller. — Avec un accumulateur placé sur le rhéostat ; les bobines sont faciles à changer, d'ailleurs. Pour mettre l'appareil en mouvement, on pose le pied sur la pédale.

Nous avons des accumulateurs pour cautères et pour la lumière.

M. Dubois. — Jusqu'à présent les appareils que nous avions étaient moins bien faits pour le dentiste que ceux-là. Comme l'électricité est destinée à se répandre dans le cabinet du dentiste, j'ai jugé utile de prier M. Heller de venir nous les présenter ; le seul reproche que je ferai aux appareils de M. Heller c'est la nécessité d'avoir des accumulateurs pour les cautères et les petites lampes.

Avec les moteurs électriques le bruit est un inconvénient important et la trépidation est gênante; néanmoins cela constitue un essai intéressant.

La séance est levée à onze heures un quart.

Le secrétaire général,
Dr Roy.

COMPTE-RENDU DU CONGRÈS DENTAIRE SUISSE

Par M. A. Thioly-Regard, D. E. D. P.

L'assemblée générale annuelle de la Société Odontologique Suisse s'est tenue les 11, 12 et 13 mai, à Genève. 80 dentistes ont répondu à l'appel et ont suivi avec intérêt les travaux du Congrès.

La première journée a été, selon l'usage, consacrée aux affaires administratives. A l'ouverture de la séance tenue à l'Aula de l'Université, *M. L Guillermin, de Genève*, prononce le discours de bienvenue. A l'élection du Comité, le Président, M. le Dr Prof. Billeter, de Zurich, et tous les membres de l'ancien Comité sont réélus.

Il est fait une demande de secours en faveur de la famille nécessiteuse d'un dentiste récemment décédé; un subside de 300 francs est accordé après une discussion qui aboutit à faire ressusciter le projet présenté, il y a quelques années, par la section de Genève, pour étudier la possibilité d'instituer un fonds de réserve destiné à secourir les veuves et orphelins des membres défunts de la Société Suisse.

Il est également décidé que le prochain Congrès se réunira en 1896 à Bâle.

Une soirée intime termina gaiement cette première partie du programme.

Le lendemain matin dès huit heures, les congressistes réunis dans la grande salle de l'Institut électoral examinent avec attention les machines diverses, meubles, fauteuils, appareils électriques, instruments et fournitures dentaires exposés par les deux maisons Kölliker et Reymond, ainsi que les 150 grandes planches microphotographiques que M. A. Gysi, de Zurich, a eu la bonne idée d'installer sur les parois du local. Cette unique et magnifique collection de photographies originales et inédites, chaque année plus nombreuses, dont, pour certains détails de l'histologie normale ou pathologique de la dent, quelques-unes atteignent un grossissement de 1.200 à 1.600 fois, a vivement intéressé.

On quitte ces exhibitions pour entendre une conférence de *M. le Dr Eternod*, professeur à l'Université de Genève, sur la greffe des follicules dentaires. Dans son introduction, il dit quelques mots très flatteurs à l'adresse des dentistes modernes qui s'intéressent aux choses scientifiques; il aborde la question de la greffe des tissus en général au point de vue biologique; il rappelle que si la greffe est une opération pratiquée très anciennement, ce qui est nouveau, c'est la recherche scientifique des conditions du succès. Il

analyse rapidement les travaux sur la matière de Paul Bert, de MM. Legros et Magitot, de M. Zahn, enfin ceux plus récents de M. Born, de Breslau, qui, ce printemps, à Bâle, communiquait au Congrès des Sciences Naturelles le résultat de ses recherches sur la greffe en présentant des exemples curieux de monstruosités de batraciens obtenus avec de jeunes larves dont les parties sectionnées et maintenues l'une contre l'autre se suturent au bout de quelques heures ; ainsi de jeunes grenouilles se montraient accouplées queue contre queue, côté contre côté, etc. La soudure se fait d'une manière remarquable en donnant lieu à un phénomène important qui prouve que les éléments semblables cherchent à se rencontrer, que les tissus identiques se recherchent : ainsi le tube digestif d'une grenouille s'unira d'une façon toute naturelle avec le tube digestif de l'autre, de même pour les artères aortes, etc. Puis, laissant les généralités, le conférencier parle des expériences de greffes de germes dentaires qu'il fit de 1882 à 1885, d'après lesquelles il déclare que les follicules dentaires sont susceptibles d'être transportés d'un organe dans un autre et de s'y développer. Il est impossible de transplanter des follicules dentaires de différents genres d'animaux, dans d'autres. Il sait que MM. Legros et Magitot sont moins affirmatifs ; leurs expériences de follicules de chiens transplantés sous la peau de cobayes, se sont presque toutes terminées par suppuration ou par résolution ; seules, celles opérées de chien à chien leur ont permis de conclure que les greffes d'origine dentaire ne donnent de résultats qu'entre animaux de même origine. M. Eternod combat ces conclusions, parce que la région sous la peau n'est pas un terrain bien favorable et que le chien, étant un animal chez lequel l'élément connectif prédomine, possédant par conséquent peu de tissus conjonctifs et vasculaires, doit être laissé de côté pour ces expériences. Lui-même a pris d'autres animaux, par exemple le rat, le cochon d'Inde, il a fait des implantations dans le rein, dans l'œil, dans le péritoine et dans le torrent circulatoire. Sur 65 cas d'implantations de follicules dentaires dans le courant circulatoire, un seul cas s'est terminé par suppuration et l'insuccès provient peut-être d'une suture infectée ; dans ses expériences, il a considérablement dépassé la durée de 75 jours d'expériences de MM. Legros et Magitot, il est allé jusqu'à 166, 186, 406 et même 519 jours. Les chances de réussite dépendent du milieu dans lequel l'implantation s'est faite ; tout en évitant de se servir d'antiseptiques ou de désinfectants, le champ opératoire et les instruments de laboratoire doivent être stérilisés. Il a également trouvé que les follicules très jeunes, implantés avant que le chapeau de dentine soit formé, occasionnent des tumeurs caséeuses et volumineuses ; il vaut mieux les prendre un peu plus tard, au moment où la pulpe est déjà enfermée par une mince capsule calcaire. A retenir que l'émail, à cause de son origine épithéliale, se résorbe toujours. M. Eternod montre la préparation conservée dans l'alcool d'un rat blanc dont le rein droit sectionné et ouvert laisse voir une dent provenant de l'évolution d'un follicule dentaire d'un autre rat. Il termine en reconnaissant que, si ses ex-

périences sont intéressantes au point de vue biologique, elles n'ont peut-être pas un intérêt thérapeutique au point de vue de la greffe dentaire, parce qu'il ne viendra pas à l'idée du dentiste de chercher à implanter des follicules dentaires dans les maxillaires pour attendre la sortie de dents de remplacement.

Cependant il y a quelque comparaison à tirer de la greffe des tissus et de la greffe des dents en ce sens que, si la greffe d'un tissu vieux sur un tissu vieux ne peut donner de résultats satisfaisants, par contre plus un tissu sera jeune, c'est-à-dire plus il se rapprochera de la période embryonnaire, plus il y aura de chances d'obtenir des résultats favorables. On peut donc prétendre que pour la greffe dentaire le jeune âge et l'âge moyen donneront parfois des résultats excellents. Il n'en serait pas de même dans la vieillesse.

La section de Zurich, par son rapporteur *M. Frick*, saisit l'assemblée du fait qu'un dentiste, M. Wiesendanger, établi à Hambourg, a pris un brevet en Suisse pour un soi-disant nouveau système de dent à pivot ou de couronne qu'il a pompeusement baptisé « Ideal crown » (couronne idéale). En outre de la réclame éhontée qu'il fait dans les journaux à son profit et à celui des praticiens qui se sont engagés à lui payer un droit annuel de 250 francs, il a la prétention d'intenter un procès à tout praticien non possesseur de sa licence qui poserait une dent à pivot ou une couronne selon son système. Celui-ci consiste à fraiser largement la racine et à fixer la dent ou la couronne au moyen d'un énorme pivot en étain et de ciment. Comme ce n'est en somme qu'une simple modification apportée à la dent à pivot ordinaire, le rapporteur estime qu'il faut empêcher que ces prétentions entrent dans nos mœurs et demande à l'assemblée s'il ne serait pas urgent de faire un exemple.

Une longue discussion s'engage ; la plupart sont d'accord que si l'on peut prendre un brevet pour un instrument, il n'en est pas de même pour un procédé, puis, après diverses propositions, il est décidé de ne pas saisir la presse de cette question à cause de la réclame indirecte qui en résulterait pour l'auteur de la prétendue invention, mais de demander au bureau fédéral des brevets d'annuler le brevet sus-nommé ; le Comité reçoit plein pouvoir pour introduire la cause devant les tribunaux compétents.

M. le Dr Eternod, dans une deuxième conférence, développe avec talent le thème que la dent humaine dérive d'un type unique bicuspidien. Après une dissertation des plus instructives sur l'anatomie dentaire comparée et sur les différents genres de structure des dents, il croit pouvoir dire que la dentition n'est devenue complexe qu'à la suite de métamorphoses successives ; l'examen des différentes formes organiques prouve que le type primitif devait être une bicuspide-biradiculaire. Selon sa pensée, les molaires sont formées de deux bicuspidées accolées ; quant aux dents antérieures, la cuspide antérieure est bien développée, tandis que la cuspide postérieure est atrophiée, la déformation se fait donc aux dépens de la face palatine. Les racines des incives et des canines étaient primitivement bifides, comme cela se rencontre encore dans les races inférieures

où l'on trouve assez souvent l'incisive biradiculaire, sans que l'on puisse accuser une anomalie par excès, mais plutôt une anomalie de développement, car la monstruosité par excès se fait de plus en plus rare ; au contraire la monstruosité par infériorité s'accentue de plus en plus. M. Eternod, à l'appui de sa thèse, montre une série remarquable de canines et d'incisives possédant deux racines. Il termine en constatant que nous sommes des victimes de la civilisation, que l'homme civilisé a des tendances atrophiques; en tous cas, sa supériorité, si elle existe, ne s'observe pas en anatomie générale et encore moins dans sa dentition. Sur ce point, il semble marcher à une atrophie complète des dents. En revanche, il est satisfait, parce qu'il a, de plus que les autres animaux, la supériorité intellectuelle, conséquence d'un système nerveux et cérébral bien autrement développé que celui des autres êtres vivants.

M. Mésam, D. D. S., de Genève, présente un petit tour à main destiné à l'aiguisage mathématique des forets de la machine à fraiser. Ce tour actionne une roue perpendiculaire en cuivre enduite d'émeri, contre laquelle se présente le foret vissé à un appareil qui glisse sur une tige de façon à maintenir ce foret sous un angle de 60° environ, angle reconnu le meilleur pour la perforation de l'émail et de la dentine. Les forets aiguisés avec ce tour possèdent des surfaces tranchantes tellement nettes qu'ils permettent d'inciser la dentine la plus sensible, avec le moins de douleur possible pour le patient et le plus grand confort pour l'opérateur.

Le banquet officiel se tenait à l'Hôtel de la Métropole. Au dessert, le toast à la Patrie et à Genève est porté par M. le Dr Billeter, qui donne lecture d'un télégramme des médecins-dentistes du Grand-Duché de Bade réunis en Congrès le même jour et qui envoient leurs confraternelles salutations à leurs confrères suisses ; il leur est courtoisement répondu par dépêche.

La section de Zurich offre une belle coupe en argent ciselé à *M. C. E. Locher, de Saint-Gall*, à l'occasion du 50e anniversaire de son début dans l'art dentaire.

M. Guillermin fait l'éloge du Président central suisse, M. le Dr Prof. Billeter, et lui remet, au nom de la Société Odontologique de Genève, un diplôme de membre honoraire.

A 3 heures 1/2, départ pour la promenade au Salève par train à voie étroite jusqu'à Veyrier et train électrique à crémaillère jusqu'au somment des Treize-Arbres. A 8 heures, retour à Genève et soirée intime à la brasserie Nichtawitz.

Lundi matin à 8 heures, continuation des travaux dans la salle de l'Institut.

M. Brotbeck, de Frauenfeld, préconise l'avantage qu'il y a à utiliser le caoutchouc vulcanisé conjointement avec le métal pour faire des couronnes et des pièces à pont. Il fait circuler plusieurs spécimens de travaux à pont, or et caoutchouc combinés dont les anneaux, coiffes ou pivot d'or, sont soudés et reliés entre eux au moyen de vulcanite. Ce procédé est économique, d'une exécution plus facile et plus rapide et permet de se servir des dents plates et

molaires pour caoutchouc. En outre, il soumet à l'examen :

1° Le moulage des maxillaires supérieurs et inférieurs d'un jeune homme de vingt ans montrant une résorption gingivo-alvéolaire assez étendue sans que cette atrophie puisse s'expliquer ; aucun signe de maladie locale ou générale n'a été reconnu, la bouche n'a jamais été négligée, depuis l'enfance le brossage quotidien des dents a été fait régulièrement ;

2° Le moulage d'un maxillaire supérieur d'un enfant de 6 ans 1/2 avec une dent surnuméraire en arrière de l'incisive centrale gauche ;

3° Deux dents surnuméraires ayant appartenu à un homme de 52 ans ; ces dents ont été extraites dans la région des incisives sous le bord gingival du maxillaire supérieur résorbé, toutes les autres dents ayant déjà été extraites.

M. E. Müller, de Wädensweil, présente un matériel de peu de volume, mais assez complet pour pouvoir confectionner des couronnes d'or en quelques minutes.

M. le Dr Prof. Redard lit une notice sur le diagnostic différentiel des maladies de la bouche. Les diverses affections phlegmasiques ou morbides, la leucoplasie, les stomatites, les tumeurs, le cancer, la tuberculose, la syphilis de la région buccale, sont rapidement passées en revue et leur traitement sommairement indiqué. Le clinicien fait circuler plusieurs photographies de malades et présente une fillette atteinte d'une leucoplasie ulcéreuse de la langue.

Il s'arrête davantage sur l'actinomycose pour relater un exemple de terminaison de cette grave maladie par résolution : une mère de famille, âgée de 36 ans, habitant Annecy (Haute-Savoie), se rend au mois d'octobre 1894 à la clinique de l'École Dentaire de Genève. Tout le côté gauche de la face et du cou est envahi par une tumeur volumineuse. L'examen microscopique d'une petite quantité de liquide purulent révèle la présence d'actinomycètes. Deux racines sont extirpées, puis curetage de la portion maxillaire environnante. Il est ordonné des lavages au sublimé et à l'iodure de potassium à l'intérieur, et ce traitement assure la guérison en peu de temps. M. le Dr Redard reconnaît que, malgré ce résultat favorable, l'antisepsie est le plus généralement impuissante, il est préférable d'opérer les tumeurs dès le début. Il ajoute quelques mots au sujet du chlorure d'éthyle, non pas au point de vue de l'anesthésie locale, mais à cause de son utilité pratique dans les cas de piqûres anatomiques, de piqûres ou morsures faites par des insectes et des serpents venimeux. Le froid développé par la pulvérisation d'un peu de chlorure d'éthyle est assez intense pour empêcher la diffusion du virus dans les tissus et la tuméfaction est ainsi évitée ; d'autre part le jet d'un flacon enflammé avec une allumette est capable de cautériser la région d'une plaie même assez étendue, comme celle produite par la morsure d'un chien enragé.

M. Heidenhauss, de Genève, fait une causerie sur le redressement des dents. Il rappelle la difficulté que l'on rencontre chez les enfants pour leur faire porter des appareils à demeure ; ils ont toujours une

foule de bonnes raisons, et sont encouragés du reste par les parents, qui voient dans la plus petite sortie, soirée, course ou visite, un prétexte pour quitter leur plaque régulatrice et ne la replacer que quelques instants avant de retourner chez le dentiste ; il en résulte un travail long, ingrat et souvent nul. Afin de remédier à cet inconvénient, M. Heidenhauss fait une coiffe d'or sur les molaires, il la fixe avec du ciment ; des rondelles élastiques, des vis à écartement, des tiges ou des lames, ajustées ou engrenées au côté de ces coiffes, régularisent ou écartent les dents suivant le travail à obtenir.

Quelques modèles d'appareils et de moulages pris avant et après le traitement accompagnaient les explications.

M. Dill-Richard, de Liestal, démontre la manière de modeler la cire d'un appareil. Il possède deux sortes de cire : l'une très molle et l'autre dure, toutes deux laminées extra-mince. Une plaque mince de cire molle chauffée est appliquée sur le modèle dont elle prend toutes les sinuosités ; par-dessus on place une ou plusieurs plaques de cire dure, suivant l'épaisseur que l'on veut donner. Ce procédé permet d'essayer la pièce avec les dents, montée en cire sans risque qu'elle se déforme, et de la mettre en moufle pour cuire sans modèle, lorsqu'on conserve celui-ci. En outre, quelques petits morceaux de cire dure coupés triangulairement, préparés à l'avance, appliqués sur la partie labiale, permettent de modeler rapidement en imitant les sinuosités gingivales lorsqu'on se propose de faire un dentier à gencive caoutchouc rose.

Il présente également un jeu de petits respirateurs pour la digue en caoutchouc, lesquels permettent de placer celle-ci à certains clients dont la respiration nasale est gênée ou impossible. Il a encore inventé un nouvel angle droit pour le tour à fraiser ; il le démonte pour en expliquer la simplicité et la solidité.

MM. Guillermin et Thioly-Regard présentent la statistique des visites dentaires faites dans quelques écoles de la ville de Genève par plusieurs membres de la Société Odontologique de Genève ; leurs conclusions s'accordent avec toutes les statistiques publiées jusqu'ici.

Bouches visitées : 2222.

Bouches atteintes de caries dentaires au point de vue du sexe : filles 71 0/0, garçons 67 0/0.

Au point de vue de la carie par côté :

Pour le côté droit, 2003 dents cariées.
» » gauche, 2094 » »

En envisageant la mâchoire inférieure, 2274 caries.
» » » » supérieure, 1823 dents cariées.

Au point de vue particulier de la première molaire :

2145 caries à la mâchoire inférieure
1483 » » » supérieure.

90 0/0 des bouches ne sont pas brossées. Les érosions se rencontrent dans 5 1/3 0/0 des bouches. Enfin les bouches contenant des obturations de dents de lait ou de dents permanentes comptent seulement pour 3 3/4 0/0.

Pour tenir compte de la question du terrain qui, selon le Prof. Roese, de Fribourg en Brisgau, joue un rôle important dans l'étiologie de la carie dentaire, il est utile d'ajouter que le sol genevois comprend 71 0/0 du terrain calcaire contenant 80 0/0 de silice et seulement 5 0/0 de chaux.

M. Steiger, D. D. S., de Lucerne, fait part des avantages qu'il a trouvés dans l'application de l'attelle dentaire métallique pour un cas de fracture compliquée de la mâchoire inférieure. Un manœuvre italien âgé de 24 ans est, à la suite d'un éboulement, transporté à l'hôpital de Lucerne; il est gravement atteint: la mâchoire du bas est brisée en deux endroits. Vu son état et la suppuration qui se déclare au maxillaire, ce n'est qu'au bout de 5 semaines que l'on peut songer à établir un appareil de contention des fragments; à ce moment les dents ne peuvent plus se rencontrer, un cal s'est formé qui maintient fortement en arrière les dents antérieures du bas, il faut forcer ce cal avant de pouvoir poser l'attelle qui est ensuite fixée avec des fils d'argent appliqués au collet des dents. L'articulation est conservée à l'aide d'un étroit bandeau de métal emboîtant les dents antérieures du haut et soudé en arrière de l'attelle, ainsi que par l'occlusion permanente de la bouche au moyen de la ligature des deux premières molaires du haut avec un bouton soudé de chaque côté de l'attelle. Nourriture liquide et lavages antiseptiques. La guérison est complète après 35 jours.

M. Brolliet présente un nouveau tube métallique (genre Bengué) pour la pulvérisation du chlorure d'éthyle. L'innovation consiste à permettre au dentiste de dévisser ce tube pour qu'il puisse le remplir lui-même avec du chlorure d'éthyle livré en siphon, ce qui produit une notable économie; un robinet permet de n'employer que juste la quantité nécessaire au blanchiment de la gencive, le jet peut être projeté plus ou moins fin par l'échange de la pointe effilée, ce qui s'opère au moyen d'un pas de vis.

Avant de lever la séance, le Président annonce que *MM. A. et S. Henneberg, frères, D. D. S.*, invitent les sociétaires à visiter leur laboratoire et leurs cabinets d'opération. Quelques minutes plus tard, chacun admirait l'installation moderne de nos deux collègues qui ont fait un pacte avec la fée électricité. En outre de l'éclairage et du chauffage des poires à air chaud et des cautères, toutes les machines, tous les tours sont actionnés par la force électrique.

A 1 heure 1/2, le banquet d'adieu servi à l'Hôtel des Bergues réunissait officiellement une dernière fois les congressistes, auxquels il est recommandé avant de se séparer, de participer au prochain Congrès de Bâle.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Réunion du 9 avril 1895.

Présidence de M. DUCOURNAU, président.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. Goddé présente le *narcogène*, appareil nouveau destiné à produire l'anesthésie locale par réfrigération.

M. Damain, qui l'a utilisé, fait remarquer que la soufflerie présente l'inconvénient d'être actionnée à la main et que deux jets seraient préférables à un seul. Il cite trois observations relatives, la première à une femme à laquelle il a été avulsé une dent avec insensibilité parfaite, la seconde à un homme pusillanime qui a accusé une légère douleur, la troisième à un enfant qui n'a éprouvé aucune douleur lors de l'avulsion de cinq dents de lait.

M. Anjubault présente trois anomalies dentaires.

M. Léger-Dorez signale un nouvel emploi des tubes du Dr Bingué au moyen de la chaleur d'une lampe à alcool, moyen qui est trouvé dangereux pour l'opérateur et pour l'opéré.

M. Franchette présente *l'aéro-thermo-aseptogène*, qui permet, au gré de l'opérateur, de projeter, au moyen d'un seul tube, de l'air chaud et des vapeurs antiseptiques ; l'air passant par un carburateur permet l'emploi du thermo-cautère.

Une commission est nommée pour visiter l'installation spéciale de M. Franchette et présenter un rapport à ce sujet.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

(Extrait de la *Revue odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Réunion du 21 janvier 1895.

Présidence de M. GAILLARD, vice-président.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

M. Gaillard fait une communication intitulée : DE CERTAINES ANOMALIES DE DIRECTION DE L'APPAREIL DENTAIRE ET DE LEUR TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE.

M. Pietkiewicz défend le procédé de la luxation brusque comme traitement des rotations sur l'axe.

Faite prudemment, la luxation ou rotation brusque n'a jamais produit entre ses mains la mortification de la pulpe ; mais il ne faut pas la tenter sur une dent qui n'a pas complètement évolué et, dans certains cas, elle doit être proscrite, par exemple pour les incisives inférieures et les prémolaires.

M. Beltrami se demande quel est le sort de la racine quand on fait brusquement tourner la dent sur son axe, car, tandis que le collet

tourne sur place, le sommet de la racine est obligé de décrire un cercle plus étendu.

M. Cruet a constaté qu'une fois redressée par les appareils, la dent a une tendance à revenir à sa position primitive ; c'est ce qui a amené à rechercher un autre mode de correction.

Les facteurs de cette tendance sont les fibres élastiques des ligaments de la dent ; aussi, pour que la rotation brusque soit efficace, faut-il rompre les ligaments. C'est justement parce qu'on ne le fait pas avec les appareils qu'on a abouti si souvent à des insuccès.

Il faut placer la dent dans une nouvelle position où elle prend de nouveaux rapports ; c'est, en somme, une greffe sans enlever la dent. Aussi agit-on mieux dans les cas extrêmes que dans les cas légers où on ne tourne pas assez pour rompre les ligaments.

La greffe des ligaments des racines n'offre pas plus d'inconvénients que les appareils. La dent n'est pas si facile à casser, car le tissu osseux de l'enfant présente une grande souplesse.

M. Saussine a pratiqué, il y a quatre ans, la rotation brusque d'une incisive chez une jeune personne ; le résultat a été excellent et s'est maintenu.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

(Extrait de la *Revue de stomatologie.)*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Usurpation du titre de docteur, par M. Emile Roger, avocat à la Cour d'appel.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL (10e CHAMBRE)

Audience du 25 mai 1895.

Présidence de M. Fabre.

Chirurgien-dentiste. — Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. — Citation directe. — Usurpation du titre de docteur. — Exercice sous un pseudonyme. — Qualités pour agir. — Loi du 30 novembre 1892.

I. L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 autorisant les syndicats professionnels médicaux à déférer aux tribunaux correctionnels, par voie de citation directe, les faits d'exercice illégal de la médecine doit s'entendre dans le sens qui les autorise à poursuivre non seulement les faits d'exercice illégal, mais encore tous ceux qui se rattachent à la défense des intérêts moraux et matériels de la profession, conformément à la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels [1].

---

1. Les questions résolues par le tribunal correctionnel de la Seine sont les premières qui ont été soumises à l'examen du pouvoir judiciaire depuis la promulgation de notre loi du 30 novembre 1892, tout au moins en ce qui a trait aux points tranchés par les deux jugements ci-dessus rapportés. Notre but, aujourd'hui, est de faire ressortir plus amplement la théorie du tribunal sur les divers points de droit qu'il a été appelé à juger en indiquant en

II. Les expressions « se livrant à la médecine » contenues dans l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 sont génériques ; elles désignent l'exercice de la médecine proprement di,tcomme aussi l'exercice de l'art dentaire.

Doit, en conséquence, être considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, le dentiste étranger qui se livre à l'exercice de l'art dentaire en prenant le titre de docteur sans indiquer l'origine étrangère de son titre.

Vainement prétendrait-on qu'en prenant le titre seul de « docteur » on ne tombe pas sous l'application dudit article qui vise l'emploi du titre de « docteur en médecine », le mot « docteur » joint au nom d'un dentiste ne

---

quelque sorte la physionomie des débats, la nature des arguments de texte invoqués dans les plaidoiries.

Quelle que soit l'attention apportée par le législateur à la rédaction d'un texte de loi, il est impossible qu'il puisse adopter une terminologie résolvant par avance toutes les questions que fait naître la pratique. Ce soin est laissé à la jurisprudence qui, suivant les faits pas à pas, arrive avec le temps à interpréter le sens des lois, à fixer la portée, l'étendue, la compréhension des dispositions législatives en s'inspirant de la pensée du législateur. A ce point de vue, les jugements sus-rapportés sont un peu laconiques, il est vrai. Nous aurions préféré y rencontrer, bien déduites, les raisons de décider. Sans doute les décisions du tribunal sont très nettes et très juridiques ; mais dans l'intérêt même de la jurisprudence, nous aurions voulu plus de motifs, en un mot plus de lumière. C'est pour combler cette lacune que nous avons entrepris cette étude qui, à raison de la part que nous avons prise dans les débats judiciaires, reflètera, croyons-nous, la pensée intime du magistrat.

Aux termes de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, « est considéré comme ayant usurpé le titre français de *docteur en médecine* quiconque, se livrant à *l'exercice de la médecine*, fait précéder ou suivre son nom du titre de *docteur en médecine* sans en indiquer l'origine étrangère ». Le sens littéral de cet article peut être ramené à cette formule : *tout docteur qui se livre à l'exercice de la médecine en France, est tenu, si son titre de docteur lui a été conféré par une université étrangère, d'indiquer l'origine étrangère de ce diplôme.* Il n'est personne dans le monde médical qui ignore la nature des préoccupations auxquelles le législateur français a obéi. Chacun sait qu'il existe, de par le monde, des facultés où même l'abaissement du programme maximum n'est pas la seule raison pour faciliter l'obtention de leurs diplômes. On conçoit donc sans peine qu'il ait voulu créer une distinction entre le titre de docteur français et le titre de docteur étranger. Le titre de « docteur français » est conféré par les facultés françaises agissant sous le contrôle de l'Etat. Nous savons en France ce qu'il faut entendre par ce mot « docteur », parce que nous connaissons quelle somme de savoir est requise pour conquérir ce grade. Le législateur a donc voulu éviter toute espèce de confusion en obligeant les praticiens munis de titres étrangers à révéler au public l'origine étrangère de leurs diplômes.

Les dentistes étrangers qui exercent à Paris, sous le titre pompeux de « docteur », semblaient avoir considéré la loi de 1892 comme une quantité négligeable. Il appartenait au Syndicat des chirurgiens-dentistes de France de leur rappeler que la loi française commande et oblige tous ceux qui habitent le sol français. C'est dans ce but qu'il a exercé des poursuites, par *voie de citation directe*, contre les sieurs Muller et Adler, dentistes, en relevant contre eux le délit d'usurpation du titre de docteur français, faute par eux d'avoir indiqué dans leurs réclames l'origine de leur titre de « docteur ». Il a relevé de plus, contre le sieur Muller, le délit d'exercice de l'art dentaire sous un pseudonyme, délit prévu et puni par les articles 9 et 18 de la loi du 30 novembre 1892.

Plusieurs objections de forme et de fond ont été présentées dans l'intérêt des prévenus. En la forme, on a soutenu que le Syndicat n'avait pas qualité pour poursuivre les délits précités, par la raison que l'article 17 de la loi qui conférait au syndicat le pouvoir de saisir les tribunaux, *par voie de citation directe*, ne leur attribuait ce pouvoir qu'en ce qui concerne exclusivement

pouvant avoir d'autre signification pour le public que celle de « docteur en médecine » [1].

---

le délit d'exercice illégal de l'art dentaire (Voir l'article 17). Or, disait-on, il s'agit d'un tout autre délit, du délit d'usurpation de titre ou d'exercice sous un pseudonyme ; le Syndicat n'est pas recevable dans son action, qui n'appartient qu'au ministère public.

Cette fin de non-recevoir était bien spécieuse. En effet, si l'article 17, après avoir dit d'une manière générale dans son paragraphe 1er que « les infractions prévues et punies par la loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle », ajoute dans son paragraphe 2 que « en ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de l'art dentaire, les syndicats pourront en saisir les tribunaux *par voie de citation directe* », vouloir induire de ce texte que les syndicats ne pourront agir, *à leur requête*, que lorsqu'il s'agira de la répression d'un fait d'exercice illégal de l'art dentaire, c'est manifestement raisonner à l'encontre des termes généraux de la loi du 21 mars 1884, qui autorise la formation d'associations syndicales pour la défense des *intérêts professionnels*.

La loi de 1892, en reconnaissant, par son article 13, aux médecins et aux chirurgiens-dentistes le droit de se constituer en associations syndicales, a mis fin à une jurisprudence qui avait déclaré que la loi du 21 mars 1884 ne s'appliquait pas aux professions libérales. Aujourd'hui les médecins et les chirurgiens-dentistes puisent formellement dans la loi du 30 novembre 1892 le droit de se syndiquer dans le but de défendre leurs *intérêts professionnels* conformément à la loi du 21 mars 1884, sur les associations syndicales. Tout ce qui a trait, dès lors, à l'exercice, à l'organisation, en un mot aux intérêts *moraux et matériels* de leur profession est soumis à la surveillance du syndicat. Celui-ci a en quelque sorte un droit de police sur tous les faits constitutifs d'une infraction à l'organisation de la profession. Pourrait-on soutenir que le fait d'usurpation du titre français de docteur ou le fait d'exercer l'art dentaire sous un pseudonyme ne se rattache pas à l'organisation de la profession ? Comment les intérêts *moraux et matériels* de la profession peuvent-ils être plus menacés que par l'exercice de la profession dans des conditions violant manifestement la loi du 30 novembre 1892, non seulement par l'exercice illégal de l'art dentaire, mais encore par l'usurpation du titre de docteur, l'emploi d'un prête-nom, etc. ?

Dire que la loi du 30 nov. 1892 a, en dehors des faits d'exercice illégal, désarmé les syndicats professionnels médicaux, lorsqu'il s'agira de poursuivre, *à leur requête*, les délits d'usurpation, d'usage de prête-nom ou d'un pseudonyme, c'est commettre une hérésie juridique en faisant abstraction de la loi du 21 mars 1884, qui leur confère un droit général de répression. C'est, du reste, ce que les jugements précités ont décidé en disant « que le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France était recevable en ses actions contre les prévenus ». C'est la réponse à l'argumentation qui leur déniait le droit d'agir. Qu'il soit donc bien entendu que le Syndicat a qualité pour poursuivre, *par voie de citation directe*, non seulement tous les faits d'exercice illégal de l'art dentaire, mais encore tous ceux qui, violant la loi, sont de nature à léser les intérêts professionnels dont la garde lui est confiée par la loi plus générale du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels.

(1). A l'argumentation de pure forme qui précède, on a ajouté, dans l'intérêt des prévenus, deux autres objections sur le fond même du droit, objections basées sur l'article 20 de la loi du 30 nov. 1892.

Pour que l'article 20 soit violé, il faut, a-t-on dit, deux conditions : « *se livrer à l'exercice de la médecine* » et prendre le titre de « *docteur en médecine* ». Or, les prévenus ne se livrent pas à l'exercice de la médecine puisqu'ils sont dentistes ; d'autre part ils n'ont pas pris le titre de « *docteur en médecine* » comme le veut la loi, mais simplement le titre de « *docteur* » ; par conséquent les conditions exigées pour constituer le délit prévu par ledit article font défaut à un double point de vue, donc il n'y a pas de délit.

Dans l'intérêt de la thèse du syndicat nous avons soutenu que les expressions « *se livrant à la médecine* » ont une portée générale, qu'aux yeux de la loi de 1892 exercer l'art dentaire c'était pratiquer la médecine. Trois ordres

1re *Espèce.*

Ronnet, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France contre *le Louvre dentaire*.

Ainsi statué par les décisions suivantes :

Le tribunal, — Attendu qu'il résulte des débats la preuve qu'en 1895, à Paris, Muller a pris dans des prospectus, cartes d'adresse et des annonces-réclames du *Figaro*, le titre de docteur sans indiquer l'origine de ce titre ;

Que le mot « *docteur* » joint au nom d'un dentiste ne peut avoir, pour

---

d'arguments ont été présentés pour établir que, dans la pensée du législateur il y avait identité parfaite entre la médecine et l'art dentaire.

1° C'est d'abord la loi de 1892 qui, réglant l'art dentaire, porte comme titre « *Loi sur la médecine* ». L'art dentaire se trouve rattaché à la médecine dont il est une branche.

2° Ensuite vient l'article 16, sur l'exercice illégal. Que dit cet article ? « Art. 16. — Exerce illégalement *la médecine* : 1° toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de *chirurgien-dentiste*, prend part, » etc. Le législateur a groupé ces deux professions sous le même vocable « *Médecine* ». Il ne distingue pas dans la qualification du délit ; il n'y a pas d'exercice illégal de l'art dentaire, il n'y a que l'exercice illégal de la médecine. Dans la loi disant dans son article 20 « se livrant à la médecine », il faut sous-entendre les mots « *ou à l'art dentaire* ».

3° Enfin la discussion de la loi devant les Chambres établit de la façon la plus péremptoire que, sous le nom « *d'exercice de la médecine* », le législateur a entendu désigner « la médecine proprement dite, l'art dentaire et les accouchements ».

En effet, au Sénat, M. Cornil, rapporteur, répondant à M. Morellet qui critiquait la rédaction de l'article 16, trop complexe à ses yeux, a dit : « La loi que nous présentons au Sénat a pour titre *loi sur l'exercice de la médecine*, — et sous ce nom — *d'exercice de la médecine* — nous comprenons à la fois la médecine proprement dite, l'art dentaire et les accouchements ; de telle sorte qu'exercer illégalement la médecine, c'est exercer illégalement soit la médecine proprement dite, c'est-à-dire la médecine et la chirurgie, soit l'art des accouchements ». Donc dans ces mots, « *se livrant à l'exercice de la médecine* », il faut lire aussi « *se livrant à l'exercice de l'art dentaire* ». Le texte de l'article 20 doit être ainsi complété.

La deuxième objection sur cet article 20 portait sur ce que la loi dit (... *précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine*...)

Nous n'avons pris que le titre de docteur, — Dr un tel — sans y apposer les termes « *en médecine* », la loi n'est pas violée, nous ne tombons pas sous le coup de l'article 20, ajoutait-on.

Encore un argument bien spécieux, et si les textes des lois pénales devaient n'être appliqués qu'au cas où la lettre même a été inobservée, la loi serait souvent sans sanction. La lettre tue et l'esprit vivifie, dit une maxime bien ancienne. Dire qu'il n'y aura de délit que parce qu'on aura fait suivre ou précéder son nom des mots « docteur en médecine », c'est dire que, quand on le voudra, on tournera la loi et on la rendra illusoire. Le législateur a parlé du titre de docteur en médecine parce que, confectionnant une loi sur la médecine et édictant des pénalités, il a voulu être précis, il a voulu éviter toute confusion avec les titres de docteur en droit, en théologie, ès-lettres, etc., mais c'est aller trop loin que de lui faire dire qu'il exige des termes sacramentels sans l'usage desquels le délit ne sera point perpétré. Non, il exige, mais il suffit que l'on emploie des équivalents, et lorsqu'un dentiste juxtapose à son nom le titre de docteur, dans la pensée de tous le mot « *docteur* » équivaudra au titre de « docteur en médecine ». Il ne viendra jamais à l'idée de personne de supposer qu'il pourrait s'agir d'un docteur en théologie. C'est du reste ce que nos jugements proclament, en disant que le mot « *docteur* » joint au nom d'un dentiste, ne peut avoir pour le public d'autre signification que celle de « *docteur en médecine* », c'est la raison même qui parle. Décider autrement, ce serait l'abrogation virtuelle de l'article 20.

le public, d'autre signification que celle de « docteur en médecine »;

Qu'il a donc contrevenu aux dispositions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892;

Que cet article, rapproché des termes généraux de l'article 16 de la même loi, est applicable à ceux qui exercent l'art dentaire aussi bien qu'à ceux qui pratiquent la médecine ;

Qu'il est constant, en outre, que Muller a exercé l'art dentaire sous le pseudonyme de *James Miller* ;

Qu'il a ainsi contrevenu à l'article 9 § 4 et à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Que le Syndicat des chirurgiens-dentistes est recevable en son action contre le prévenu;

Par ces motifs :

Condamne Muller à 200 fr. d'amende et à 1 franc de dommages-intérêts;

Le condamne aux dépens.

2e espèce.

Ronnet, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, contre *Adler.*

Le tribunal, — Attendu qu'il résulte des débats la preuve qu'en 1895, à Paris, Alder a pris, dans les annonces-réclames du *Figaro*, le titre de docteur sans indiquer l'origine de ce titre ;

Que le mot « *docteur* » joint au nom d'un dentiste ne peut avoir pour le public d'autre signification que celle de « *docteur en médecine* » ;

Qu'Adler a donc contrevenu aux dispositions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Que cet article, rapproché des termes généraux de l'article 16 de la même loi, est applicable à ceux qui exercent l'art dentaire aussi bien qu'à ceux qui pratiquent la médecine ;

Que le Syndicat des chirurgiens-dentistes est recevable en son action contre le prévenu ;

Par ces motifs,

Condamne Adler à 100 fr. d'amende et à 1 fr. de dommages-intérêts;

Le condamne aux dépens.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

LISTE DES NOUVEAUX ADHÉRENTS

Amillac.	Oran.	Harwood	Lyon.
Amoedo.	Paris.	Le Monnier.	Nice.
Anjubault.	Paris.	Loup	Paris.
Beausillon	Paris.	Maleplate.	Paris.
Beltrami	Marseille.	Mendel	Paris.
Choquet fils	Paris.	Muller	Lyon.
Chouville.	St-Quentin.	Dr Nux.	Toulouse.
Debray père	Paris.	Otaola (de).	Bilbao.
Debray (Mme). . . .	St-Germain.	Ott	Lyon.
Demacq	St-Brieuc.	Paravy	Belley.
Dubrac	Versailles.	Dr Queudot.	Paris.
Ducournau	Paris.	Rigolet	Auxerre.
Dr Dupas	Nantes.	Rozenbaum.	Paris.
Douzillé	Agen.	Saint-Hilaire	Paris.
Fay	Paris.	Schwartz	Nîmes.
Franchette	Paris.	Whiting	Vichy.
Grüter	Besançon.	Total : 112.	

La Commission d'organisation du Congrès s'est divisée en plusieurs sous-commissions répondant à chacune des sections du Congrès.

1° Anatomie et physiologie normales et pathologiques.

MM. Dr Dunogier, Dr Dutour, Dr Roy, Dr Sauvez, Viau.

2° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale.

MM. d'Argent, Ducournau, Dumora, Gautier, Lemerle, Lot.

3° Prothèse et orthopédie dentaires.

MM. Anjubault, F. Jean, Martinier, Mirebeau, Peau, Seigle.

4° Déontologie et enseignement.

MM. Brugeille, Dubois, Godon, Grimard, Dr Queudot, Rousset.

L'Association Générale des dentistes du Sud-Est a décidé de participer au Congrès de Bordeaux et a désigné son président, M. Schwartz, de Nîmes, et M. Beltrami, de Marseille, pour la représenter officiellement.

La Commission d'organisation du Congrès a décidé de faciliter aux fournisseurs qui voudront participer au Congrès, l'exposition de leurs produits dans les locaux du Congrès.

Les demandes d'adhésion doivent être adressées à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg.

Le trésorier prie les adhérents qui ne lui ont pas encore fait parvenir le montant de leur cotisation de bien vouloir le lui adresser, 47, boulevard Haussmann.

Conditions de voyage.

Plusieurs combinaisons s'offrent aux convenances des congressistes :

1° Billets d'aller et retour.

Pour la distance Paris-Bordeaux ils sont valables 12 jours. Le délai est plus court pour les parcours moindres.

401 à 500	10 jours.
301 à 400	8 »
201 à 300	6 »
101 à 200	4 »

Le prix de ces billets est réduit de 25 0/0 1re classe, 20 0/0 2e et 3e classes.

Ce qui fait pour la distance Paris-Bordeaux :

1re classe,	97.10	(aller et retour).
2e »	65.55	
3e »	43.30	

Les billets d'aller et retour peuvent être pris à toutes les gares

du réseau et sans avis préalable. Ils ne donnent pas le droit de s'arrêter aux points intermédiaires.

BILLETS CIRCULAIRES.

Les compagnies d'Orléans et du Midi ont établi un trajet circulaire permettant de visiter le centre de la France et les Pyrénées. Ils comprennent le trajet Paris-Bordeaux avec arrêt facultatif à tous les points du parcours. Au delà de Bordeaux les points principaux du parcours sont Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, point le plus éloigné du parcours. Le retour vers Paris se fait par Toulouse, Limoges et Vierzon, l'arrêt est facultatif sur d'autres points. La durée de validité est de 30 jours. Le prix est :

1re classe........................ 163 fr.
2e classe........................ 122 » 50

En dehors de ces deux principales combinaisons, d'autres sont possibles en traçant un itinéraire soi-même.

Nous en reparlerons dans notre prochain numéro.

CORRESPONDANCE

LES DENTISTES ÉTRANGERS EN ALLEMAGNE

Nous recevons la lettre suivante :

Berlin, 11 mai 1895.

Mon cher confrère,

Dans le numéro 4 de l'*Odontologie* je lis un article concernant les dentistes étrangers en Allemagne, écrit par M. Fritz W. Huxmann, de Chicago, bien connu en Europe pour d'autres causes, article qui ne représente pas du tout la situation telle qu'elle existe en Allemagne.

Le professeur Miller, de Berlin, a déjà publié une rectification à l'article de M. Huxmann dans la *Dental Review* d'avril, p. 252. Veuillez me permettre également de vous envoyer une rectification du même article.

D'après la loi industrielle du 21 juin 1869 et du 1er janvier 1873, la liberté industrielle existe dans toute l'Allemagne. Tout individu, allemand ou étranger, homme ou femme, sans aucun diplôme, peut exercer librement la médecine et la dentisterie. Mais les prescriptions signées par un médecin ou un dentiste diplômé en Allemagne sont seules exécutées par les pharmaciens, tandis que celles d'un dentiste américain doivent être refusées. Les médecins et dentistes diplômés en Allemagne sont seulement protégés par l'Etat en ce qui concerne *leur titre*. L'article 147, 3e alinéa de la loi industrielle du 21 juin 1869 défend de prendre un titre pouvant faire supposer que le porteur de celui-ci est un médecin diplômé ou res-

semblant au titre qui appartient à un médecin ou à un chirurgien-dentiste diplômé. Toute infraction à cette loi est poursuivie et punie par l'Etat.

Les dentistes américains ne peuvent pas prendre le titre de *D*r X., *Zahnarzt* (*chirurgien-dentiste*), mais seulement, *D. D. S. Zahnkünstler* (*mécanicien-dentiste*) ou *American dentist;* la substitution du mot *Zahnarzt* au mot *dentist* est défendue et punie de même. Conformément à la loi, les dentistes américains et tous les non-diplômés sont des industriels, qui sont obligés de déclarer à l'autorité la date où ils commencent leur profession et qui paient l'impôt industriel. Les médecins et dentistes diplômés en Allemagne ne sont pas industriels au sens de la loi, et ne paient pas l'impôt industriel.

Tout étudiant, allemand ou étranger, qui veut passer l'examen de chirurgien-dentiste en Allemagne doit avoir suivi les cours d'une université allemande pendant trois années.

L'examen tout entier, oral et écrit, est subi par tout candidat, allemand ou étranger, dans la langue allemande, et TOUTE ASSERTION DU CONTRAIRE EST FAUSSE.

Conformément au règlement, le chancelier de l'Empire à qui sont adressées les demandes de tous ceux qui désirent être admis à l'examen, a le droit d'accorder l'admission même à ceux qui n'ont pas suivi les cours réguliers; mais les cas dans lesquels cette permission est accordée sont extrêmement rares, et c'est seulement quand il s'agit d'étudiants d'autres facultés qui désirent qu'une partie du temps de leurs études antérieures entre en compte dans leurs études dentaires.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments distingués et présenter l'assurance de ma sympathie à vos collègues français.

Dr ALBERT H. MEBES,
Chirurgien-dentiste diplômé.

LIVRES ET REVUES

Capdepont, Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire. Th. de Paris.

Cette thèse est un résumé assez complet des connaissances anatomiques et pathogéniques que nous avons actuellement sur les sinusites. Quant au traitement, il est banal, car l'auteur n'a que peu d'expérience personnelle : une seule des observations a été faite par lui.

Il n'en discute pas moins avec un grand bon sens les idées émises par les stomatologistes qu'il a consultés. Entre autres, nous signalons à tous les hommes compétents l'opinion de M. Jarre, qui mérite d'être reproduite :

« Suivant l'avis de M. le Dr Jarre qui a bien voulu nous communiquer ses opinions à ce sujet,

» Lorsque l'empyème est symptomatique d'un abcès alvéolaire ouvert dans le sinus, il suffira, pour amener une guérison rapide et complète, de supprimer par l'ablation pure et simple la dent cause de l'abcès, ou seulement son sommet radiculaire par la greffe dentaire. La sinusite consécutive s'éteindra toujours rapidement » (*loc. cit.* p. 60).

Cette nouvelle application de la greffe a le mérite de l'invention. Personne n'aurait osé la tenter sans la haute recommandation d'un praticien aussi capable que M. Jarre.

Le greffiste incomparable qui dirige le Mazas Dentaire n'aurait certes pas été jusque-là.

M. Jarre est plus fort.

Quoique M. Capdepont discute l'opinion de l'éminent secrétaire de rédaction de la *Revue de Stomatologie* en disant : « Pour notre part nous hésiterions beaucoup à pratiquer la greffe dentaire dans des cas semblables », il a pourtant beaucoup fait pour la gloire de celui-ci. C'est pourquoi nous pensons que ce serait un acte de vandalisme scientifique impardonnable que de laisser de telles idées dans l'ombre.

Que M. Magitot a eu la main heureuse et que de dentistes voudraient avoir un tel opérateur, un tel successeur !

Malgré ses lacunes,la thèse de M. Capdepont sera consultée avec profit, surtout en ce qui concerne l'anatomie et la pathologie.

Dumont, Contribution à l'étude des phlegmons péri-maxillaires d'origine dentaire.

Nous sommes en présence de la thèse d'un spécialiste consciencieux, qui n'a pas voulu terminer ses études médicales sans faire preuve de connaissances étendues sur la spécialité adoptée par lui

Passer en revue les causes des suppurations qui siègent à la périphérie des os maxillaires, c'est écrire un long chapitre de pathologie dentaire, où se confondent les désordres de voisinage, les intoxications, les diathèses, les dégénérescences localisées, etc., et il est difficile d'en dégager un enseignement se résumant en une formule applicable. Nous ne ferons qu'un reproche à M. Dumont : son travail manque d'unité.

L'observation, ou plutôt le racontar, qui est en quelque sorte la cause de la thèse, ne cadre pas avec nombre d'autres qui y sont relatées.

L'auteur ne montre pas assez la distinction essentielle qui existe entre les accidents de voisinage, la septicémie aiguë venant d'une dent infectée et les désordres chroniques de la périodontite. Ces atteintes à la logique nuisent à la valeur d'un travail considérable qui n'en mérite pas moins d'être classé parmi les travaux à consulter, pour tous ceux qui s'occupent d'affections dentaires.

Ch. Clervoy, Contribution à l'étude clinique des fractures des mâchoires. Th. de Paris 1894.

Une observation exceptionnelle et intéressante de fracture complexe des maxillaires supérieur et inférieur sur un enfant de onze ans fait l'objet principal de ce travail.

La nature a assuré la guérison, car on s'est contenté des lavages antiseptiques, « d'entourer la tête du malade avec un mouchoir bien serré », d'obliger au repos et de placer un fil d'argent sur les deux canines pour maintenir la coaptation des fragments.

Il y a des gens qui guérissent à Lourdes ; il est bien permis de guérir de même dans les hôpitaux.

L'auteur ne dit pas si l'articulation s'est rétablie, si les dents étaient déviées.

Thèse de fin d'études. On ne pouvait faire moins pour le *Dignus est intrare.*

P. D.

Zuckerkandl, Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques (Traduction de MM. Lichtwitz et Garnault).

J'ai eu la bonne fortune de lire, il y a quelques jours, l'excellente traduction de l'ouvrage de Zuckerkandl, professeur à l'Université de Vienne : *Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques*, que MM. Lichtwitz et P. Garnault viennent de publier chez Masson, et je crois bien faire en cédant au désir que j'éprouve de communiquer à mes confrères la bonne impression que j'ai retirée de cette lecture.

Au premier abord, ce jugement peut sembler excessif à propos d'une étude anatomique des fosses nasales, région qui en somme, n'intéresse que très indirectement le chirurgien-dentiste ; mais il n'en est pas de même d'une de leurs annexes, le sinus maxillaire, dont l'ouvrage en question nous présente, je crois, l'étude la plus complète qui ait été faite jusqu'ici.

Dans un chapitre, et celui-là ne nous sera pas le moins utile, l'auteur considère l'antre d'Highmore au point de vue purement anatomique. C'est là, sans doute, un sujet qui nous est familier ou qui semble tel, et cependant je ne crois pas faire injure à mes confrères en disant qu'à l'heure actuelle un grand nombre d'entre nous n'ont qu'une assez vague idée des variations et des anomalies que les superbes planches de Zuckerkandl nous révèlent si nettement. Le dentiste réclame, et non sans raison, le droit de soigner l'abcès du sinus d'origine dentaire, et de participer au traitement de toute affection suppurée ou non de cette cavité ; or, en considérant les figures dont je viens de parler, je me suis demandé, avec quelque hésitation, si, en présence de dispositions comme celles que j'avais sous les yeux, nous serions toujours assurés de faire bien, avec les connaissances que nous ont données nos livres classiques.

J'ai été tout aussi vivement intéressé des cas remarquables et

inédits d'hétérotopie dentaire, que l'auteur a rapportés et figurés.

Les traducteurs ont eu la bonne pensée de réunir les planches en un volume à part, qui constitue assurément la collection de figures la plus complète et la plus intéressante que j'aie jamais vue sur ce sujet.

Dans une autre partie il est traité de la pathologie de ces régions avec la même originalité, la même abondance de faits et de documents. L'auteur possède admirablement non seulement son sujet tel qu'il a pu l'étudier lui-même, mais encore l'ensemble des travaux auxquels il a donné lieu. C'est avec une double satisfaction que j'ai rencontré là l'énumération la plus complète et l'appréciation la plus impartiale des travaux français, satisfaction double, dis-je, parce que, s'il est agréable de constater dans un livre étranger l'autorité de nos anatomistes et de nos cliniciens, une telle constatation est une excellente preuve aussi de la valeur de l'ouvrage qui l'a fait naître.

Je dirai de la pathologie la même chose que de l'anatomie : nous avons des notions justes *en général*, mais nous connaissons en somme assez peu de cas particuliers sur lesquels nous puissions baser une comparaison avec ce que nous rencontrons dans la pratique.

Zuckerkandl a réuni quantité d'observations des plus utiles à étudier. Sa discussion de l'étiologie des affections du sinus est bien de nature à nous montrer que les dents ne sauraient être toujours incriminées, ainsi qu'on a chez nous trop de tendance à le croire. Les quelques mots qu'il consacre à l'importance pathologique de la syphilis semblent devoir nous ouvrir des aperçus nouveaux. Il n'est pas un d'entre nous qui n'ait à apprendre à son étude des kystes du sinus.

En résumé, car quel que soit le bien que je pense de cet ouvrage, il ne faut pas donner à cette appréciation un trop long développement, MM. Lichtwitz et Garnault nous ont doté d'un livre précieux. J'oserai surtout le recommander vivement aux jeunes, à ceux qui, forcés par les circonstances d'acquérir sérieusement des connaissances jusqu'ici facultatives, trouveront certainement dans cette étude un ensemble complet, et consciencieusement élaboré. Là seulement ils pourront puiser une somme de connaissances dont, outre la satisfaction intellectuelle qu'ils en retireront, la pratique se chargera, tôt ou tard, de leur démontrer toute l'utilité et parfois même toute la nécessité.

G. Viau.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. — La résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voute palatine ou mal perforant buccal.

Par M. Baudet, interne des hôpitaux.

La résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine est une affection peu connue mais bien caractérisée, dans laquelle les dents branlent dans leurs alvéoles et tombent d'une seule pièce ; dans laquelle les arcades alvéolaires se raréfient et disparaissent au maxillaire supérieur puis à l'inférieur ; dans laquelle, sans chute apparente de parcelles osseuses, la voûte palatine s'évide et se perfore. Le travail de résorption ouvre le sommet du sinus maxillaire et détermine ainsi une perforation assez large dans les cas avancés pour admettre l'introduction d'un doigt. Et tout cela, sauf exceptions, sans pus, sans douleur, sans hémorrhagie.

Nous ne voulons pas faire ici l'historique de cette question. Il nous suffira de dire que M. Labbé, en 1868, publia la première observation à la Société de chirurgie et créa le nom de résorption progressive ; qu'après lui, huit cas nouveaux ont été décrits ; que nous en avons deux qui nous sont personnels. Le premier, signalé, en 1890, à la Société d'anatomie de Bordeaux, a été publié *in extenso* dans la thèse que nous avons inspirée à notre ami, le docteur Carrière (Paris, 1892). La deuxième, prise en mars 1893, n'est autre que celle que l'on va lire.

Les premiers observateurs rattachaient cette affection à la syphilis ; mais la syphilis ne crée pas sur la voûte de semblables perforations. Dubreuil, le premier, incrimina le tabès ; mais son idée ne reposait pas encore sur des faits bien probants, et la thèse de son élève Manoha (Montpellier, 1885) n'était pas faite pour entraîner la conviction. C'est ce que le docteur Carrière fit ressortir ; et il montra que si le trijumeau était en cause, on ne pouvait encore rien préjuger de la nature de ses lésions.

Et cependant l'analyse serrée des faits anciens, la connaissance des observations nouvelles nous ont convaincu que réellement cette affection dépend du tabès ; que le tabès agit en frappant les centres protubérantiels du trijumeau, ses racines, le nerf lui-même ; que c'est un chapitre à ajouter aux troubles ataxiques dépendant du nerf de la 5e paire que M. Pierret a décrits dans sa thèse.

G..., ouvrier fleuriste, âgé de 40 ans, est atteint de perte complète des dents à la mâchoire supérieure, de résorption totale des arcades alvéolaires et de perforations palatines bilatérales qui ont ouvert de chaque côté le sinus maxillaire.

La connaissance de ses antécédents familiaux soigneusement recherchés éclaire peu l'étiologie de son affection. Deux oncles morts apoplectiques, une sœur fortement migraineuse, tels sont les seuls faits qui nous paraissent dignes de mention.

Les antécédents personnels ont plus d'importance. Nous laissons de côté les convulsions en bas âge, une affection aiguë double du poumon à l'âge de 20 ans, une scarlatine légère à 24. Mais il convient d'insister sur les deux faits suivants. En premier lieu, c'est que G..., comme sa sœur, était sujet depuis son enfance à des migraines très violentes suivies de vomissements. Elles ne l'ont quitté que depuis deux ans. C'est qu'il a eu dans sa jeunesse, par le fait même de ces migraines, une in-

tolérance cérébrale telle qu'il ne pouvait supporter une lecture prolongée ; aussi, quoique très intelligent, il a été long à s'instruire. En deuxième lieu, c'est qu'en 1873, à l'âge de 20 ans, il a eu à la verge un chancre qui a duré une douzaine de jours, chancre unique indolore, qui a été suivi quelques semaines après d'une éruption papuleuse au front. Actuellement, il a des traces indiscutables de syphilis linguale.

Malgré sa syphilis, le malade est assez bien portant. Sa profession d'ouvrier fleuriste n'a déterminé d'autre accident saturnin qu'une constipation à peu près continue et quelques accès légers de dyspepsie. G... est marié, sans enfants.

Au mois de décembre 1892, il éprouva pour la première fois une sensation pénible d'agacement dans les gencives du côté droit et à la mâchoire supérieure. Cela durait ainsi depuis quelques jours, lorsqu'il s'aperçut que la première molaire du même côté remuait légèrement dans son alvéole. Aussitôt il enleva cette dent avec la pointe du couteau. Mais cette sensation s'étendit bientôt aux autres points de la gencive, en même temps que ses dents supérieures, jusque-là saines et extrêmement solides, branlaient à leur tour dans les alvéoles. Il fit pour elles ce qu'il avait fait pour la première ; il les enleva successivement sans effort : il les cueillit, pour ainsi dire, plutôt qu'il ne les arracha. Cette ablation se fit sans être suivie d'aucune douleur, ce qui le surprit beaucoup, et sans être précédée ou accompagnée d'aucun phénomène de suppuration. Mais, fait très important à signaler, elle se compliqua d'une hémorrhagie assez inquiétante, à tel point qu'à chaque extraction le malade aurait pu recueillir un demi-verre de sang. Cependant les dents qui tombaient n'avaient trace d'aucune lésion. Elles devaient même être superbes, si l'on en juge par celles qui lui restent à la mâchoire inférieure, et par celles du haut qu'il a recueillies au moment de leur chute et qui sont parfaitement saines. Il faut dire cependant que l'examen histologique n'a pas été fait.

Pendant toute la durée de cette chute, le malade éprouva une névralgie faciale du côté droit avec tic douloureux, marqué surtout dans l'orbiculaire des paupières et les muscles du cou. Cette névralgie, qui suivit principalement les branches supérieures du trijumeau, s'accompagna de quelques troubles vaso-moteurs. Une nuit, par exemple, le malade se réveilla avec une enflure subite des lèvres et du menton, déterminant une sensation de gêne et de picotement, « une sorte d'engourdissement pareil à celui que l'on ressent dans la main, lorsqu'on est resté trop longtemps appuyé sur le bras ». C'est la comparaison même du malade. Il se rappelle qu'à ce moment, pour guérir cette fluxion, il se mit à fumer. Mais chaque fois qu'il mettait sa cigarette à la bouche, il la laissait tomber, car il ne sentait pas son contact. Cet œdème, qu'il avait du reste constaté en se regardant dans une glace, disparut au bout de trois jours, aussi subitement qu'il était venu.

Le lendemain matin, le malade n'avait plus aucune trace de tuméfaction et la mobilité ou la sensibilité étaient redevenues normales.

Cette névralgie faciale ne se termina qu'à la chute complète des dents à la mâchoire supérieure. En même temps que les dents tombaient, le malade enlevait des fragments osseux au maxillaire supérieur. Pour cela, il lui suffisait d'introduire la pointe de son canif dans l'alvéole déshabité, et par un mouvement de rotation imprimé à la lame, il dégageait quelque séquestre branlant et le faisait basculer et tomber. Il a ainsi enlevé une vingtaine de fragments, dont deux, les plus gros et qu'il a pu montrer, poreux comme une pierre ponce, représentaient la largeur d'une pièce de 20 centimes. Ces deux séquestres, il les a enle-

vés en deux points symétriques qu'il nous a montrés et qui correspondent bien au sommet du sinus maxillaire.

Actuellement, le malade se présente avec une physionomie spéciale que nous avions décrite dans une précédente observation, un air un peu hébété, à la fois étonné et rieur. La lèvre supérieure est retirée en arrière et se trouve recouverte par la lèvre inférieure. Il n'existe plus de dents à la mâchoire supérieure.

Le rebord alvéolaire a totalement disparu. La voûte palatine, réduite à sa portion horizontale, n'est plus qu'une lame à peu près plane, de forme triangulaire, à sommet antérieur, aux côtés légèrement sinueux et irréguliers. Sur les bords de la voûte, de chaque côté, existe une perforation. La droite part à 1 centimètre de la ligne médiane et s'étend en arrière jusque vers le milieu de la voûte. C'est plutôt une dépression sinueuse qu'une perforation, car le trou, la partie perforée n'existe qu'à la partie postérieure de ce sillon. Il y a là une ouverture par laquelle un stylet seul est assez fin pour pénétrer ; mais il tombe dans une cavité spacieuse, celle du sinus, et vient buter en haut contre le plancher de l'orbite.

La perforation qui existe du côté gauche est plus nette et plus étendue ; son contour est irrégulièrement arrondi. Ses dimensions sont celles d'une pièce de 20 centimes : elle laisse introduire la phalange du petit doigt. Elle siège au niveau du point où se trouvait la première molaire. Le stylet pénètre dans le sinus jusqu'au plancher de l'orbite. Nous ne pouvons le faire ressortir par les fosses nasales.

Malgré ces détériorations étendues, ce qui reste de la voûte palatine a conservé son intégrité. Nous ne trouvons pas trace de séquestres, de lames osseuses qui remuent et soient prêtes à se détacher. La muqueuse est saine ; elle est un peu plus rouge que normalement ; mais cela est dû à l'irritation inévitable qu'entretient un appareil prothétique, un dentier, et qui est du reste bien supporté.

Il existe sur les différents points de la muqueuse buccale des troubles sensitifs peu marqués, mais qui néanmoins ont leur importance. Il n'en existe pas sur la peau de la face.

Nous avons trouvé que la sensation de contact était presque perdue au voisinage des deux perforations et que le stylet, appliqué plusieurs fois en ces points et maintenu quelques instants en place, n'était pas senti, qu'au même endroit la sensation de piqûre était très diminuée. Ce sont là les seuls troubles de sensibilité que nous ayons pu relever.

Cette affection s'accompagne de troubles fonctionnels faciles à prévoir. La voix est nasonnée, mais très légèrement ; la parole est défectueuse, mais compréhensible ; la mastication difficile ; le malade même ne mangeait autrefois que des soupes ; nous disons autrefois, car ces troubles-là ont disparu depuis que le malade porte un dentier avec obturateur palatin.

Les différents organes fonctionnent bien. Les urines examinées avec grand soin par M. Chevalier, interne en pharmacie à la maison Dubois, étaient sensiblement normales, ainsi qu'a pu nous le montrer l'examen détaillé que nous jugeons inutile de reproduire ici. Le malade porte des traces très nettes et même tenaces de syphilis. On trouve sur la langue des crevasses profondes, se coupant en tous sens et donnant à la muqueuse un aspect parqueté. On trouve des plaques muqueuses sur les lèvres.

Nous avons recherché chez lui des symptômes d'ataxie locomotrice. Nous osons dire que cet examen a été particulièrement soigné ; voici les faits que nous avons pu relever. Nous laissons de côté ce que l'examen a

laissé de négatif. Il y a plus de quinze ans, le malade a eu des douleurs dans les membres supérieurs ou inférieurs, douleurs constrictives, comme si on lui eût serré les membres dans un étau. Elles étaient accusées surtout au-dessous des coudes et des genoux, mais elles cessaient rapidement, et rien qu'en remuant ses bras ou ses jambes le malade les faisait disparaître. Il a éprouvé un certain temps de la difficulté et de la lenteur dans la miction. Il a rendu plusieurs fois du sang par l'anus, sans qu'il existe actuellement trace d'hémorrhagie.

Le sens du goût paraît atteint. A deux reprises différentes, il a éprouvé une même sensation de doux en avalant du sucre et de la quinine.

L'examen des yeux a été fait à deux époques différentes par M. Rochon-Duvignaud, chef de clinique de M. le professeur Panas. La première fois, M. Duvignaud a relevé, comme trouble appréciable, quelques accès assez nets de diplopie. Un ptosis très léger que la femme du malade aurait remarqué à certains moments seulement ; l'existence passagère de quelques brouillards venant se placer devant les yeux et lui faisant perdre la vue des objets avoisinants. Enfin ses paupières sont prises d'un tremblement rapide et continu, quand on lui dit de les tenir fermées. L'examen des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation a été particulièrement laborieux. Après plusieurs contrôles successifs, M. Duvignaud nous fait remarquer qu'à la lumière vive du jour, les pupilles sont à peu près égales, non myopiques, la gauche est peut-être un peu plus grande. Dans l'obscurité, la pupille gauche conserve ses dimensions, elle est donc insensible à la lumière. La droite se dilate lentement et irrégulièrement, déformation pupillaire due à un trouble moteur et non pas à des synéchies. A ce moment, le malade a de l'inégalité pupillaire. En somme, les pupilles réagissent assez bien à l'accommodation, mais très peu à la lumière, la droite étant très paresseuse, la gauche absolument insensible. A côté de cela, aucun trouble pupillaire. Le sens des couleurs est extrêmement bien conservé et particulièrement délicat. L'œil droit est myope et astigmate. C'est une malformation congénitale.

Le malade revient nous voir le 20 juillet 1894 pour des plaques muqueuses tenaces de la langue.

La perforation palatine droite est stationnaire, la gauche a un peu augmenté en largeur.

La sensation de piqûre est mal appréciée sur la voûte et produit une sensation de contact.

Le malade a éprouvé, depuis quelques jours, une sensation d'ébranlement dans les dents d'en bas ; aucune cependant ne remue encore.

Le malade éprouve des sensations de constriction dans les genoux et quelques secousses dans les épaules.

M. Rochon-Duvignaud revoit le malade qu'il a examiné déjà et sans que je le prévienne. Il retrouve les mêmes bizarreries pupillaires et conclut que, de ce côté-là, le malade paraît être un tabétique.

Nous sommes donc en présence d'un malade qui présente un cas type de ce qu'on a décrit autrefois sous le nom de résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, et plus récemment sous le nom de mal perforant buccal. Le malade est syphilitique, ce qui a été constaté dans quelques autres observations. Il n'a pas encore de signes très positifs de tabès, mais on peut prévoir qu'il deviendra un jour tabétique, s'il ne l'est déjà.

II. — L'OÏDIUM ALBICANS AGENT PATHOGÈNE GÉNÉRAL ; MÉCANISME DES ACCIDENTS.

M. Charrin. — J'ai rencontré, dans un abcès sous-maxillaire, un pa-

rasite différent des pyogènes habituels ; les cultures, les réactions, les produits alcooliques ou autres, les inoculations, etc., ont permis de reconnaître qu'il s'agissait là de l'*oïdium albicans*, du muguet.

Plus d'une fois, on a décelé ce parasite en dehors des cavités qui communiquent avec l'air extérieur ; aussi il m'a paru utile de rechercher les procédés mis en jeu par ce végétal pour engendrer la maladie générale. Ces recherches, poursuivies avec M. Ostrowsky au laboratoire du professeur Bouchard, ont révélé une série de notions nouvelles.

Et d'abord, cette étude conduit à ajouter l'oïdium albicans, qui appartient à une catégorie bien distincte, à la liste des agents capables d'engendrer et la suppuration et la phagocytose.

En second lieu, cette étude fait comprendre pourquoi un microorganisme se développe inégalement dans les divers tissus.

L'abondance du parasite dans le rein est telle que le tissu est transformé en une sorte de feutrage mycélien ; aussi l'organe ne tarde-t-il pas à être imperméable. Comme conséquence, la toxicité de l'urine des animaux inoculés s'abaisse, après avoir subi un accroissement durant les premiers jours ; le sérum sanguin, en revanche, tue plus aisément les souris ; puis, l'hypothermie succède à l'hyperthermie ; l'albuminurie augmente ; la somnolence est plus marquée ; les pupilles se rétrécissent, on voit naître une diarrhée glaireuse, etc. ; en définitive, l'urémie, l'auto-intoxication, œuvres de cet agent, s'établissent.

Ainsi l'oïdium albicans, par action directe, mécaniquement, traumatiquement pour ainsi dire, détériore les viscères, les tissus, conduisant aux désordres qui découlent du mauvais fonctionnement de ces viscères altérés.

Ce processus mécanique tient en partie à ce que le muguet traverse aisément les membranes vivantes ; il passe abondamment du rein dans l'urine, du sang dans la cavité de l'intestin, créant des néphrites, des entérites pseudomembraneuses ; ces phénomènes éclairent la pathogénie des entérites de cette nature, entérites fréquentes dans l'espèce humaine.

(*Académie des Sciences. Séance du 4 juin.*)

III. — Le phosphorisme des allumettiers

La récente grève des ouvriers des usines d'Aubervilliers et de Pantin, où se fabriquent pour le compte de l'Etat les allumettes employées en France, vient de nouveau d'appeler l'attention sur les dangers qui menacent ces ouvriers. Le ministre des finances, interpellé à ce sujet, a promis « d'étudier la question » et une commission, composée des savants les plus compétents, a été nommée à cet effet. Il n'est pas inutile de rappeler que, dans sa séance du 29 novembre 1889, sur la proposition de M. Dumay, la Chambre votait une résolution demandant la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc. Mais ce vote, émis à l'occasion d'une disposition additionnelle à la loi sur le monopole des allumettes, fut entraîné avec le rejet de la disposition même. Et depuis cette époque, malgré les vœux réitérés et de l'Académie de médecine et de la Société d'hygiène et de médecine publique, aucune tentative sérieuse n'a été entreprise par l'Administration des finances.

Bien mieux, depuis la main-mise par les ingénieurs de l'Etat sur la fabrication des allumettes, il s'est produit une recrudescence très notable dans le nombre des ouvriers atteints de nécrose. C'est du moins ce qu'une enquête faite par le D[r] Magitot tend à démontrer. On sait avec quelle honorable persistance notre distingué confrère lutte pour obtenir une transformation dans les conditions hygiéniques des

ouvriers de ces usines. Tout en réunissant sa voix à *l'unanimité* de ses collègues, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société d'hygiène, pour obtenir la substitution d'une substance inoffensive, comme le phosphore rouge, à ce produit si toxique qui est le phosphore blanc, M. Magitot soutient qu'on pourrait, en attendant cette transformation radicale, améliorer à tel point les conditions de travail et de milieu que les accidents du phosphorisme seraient très atténués. D'après les chiffres que nous empruntons à son mémoire (*Revue d'hygiène et de police sanitaire* du 20 mars 1895, p. 201), le nombre des malades atteint à l'heure actuelle le chiffre de 50, chiffre bien supérieur à celui observé avant le monopole de l'Etat. En peu de temps, on a pu relever 3 cas de mort et 11 résections du maxillaire. C'est là un chiffre considérable, étant donné le petit nombre d'ouvriers employés, et cette mortalité et cette morbidité laissent loin derrière elles les chiffres se rapportant aux ouvriers mineurs, malgré les coups de grisou qui émeuvent tant et si justement le public.

L'administration a-t-elle pris toutes les mesures d'hygiène réclamées. Il ne nous paraît pas qu'il en soit ainsi : cinquante malades en traitement pour les deux usines de Pantin et d'Aubervilliers, alors que les quinze fabriques de Saxe n'ont eu que 9 cas d'accidents professionnels en seize ans (Zehnter, cité par Richardière. *Traité de médecine de Bouchard et Charcot*). De tels chiffres semblent prouver qu'il reste encore beaucoup à faire.

D'après Pouchet (Industrie des Allumettes. *Bulletin de la Société de médecine publique*, 1888, p. 396), « les ouvriers qui *arrivent* à se trouver atteints de nécrose, le doivent à leur négligence, à leur malpropreté, presque toujours aussi à leur inconduite, et, quels que soient les soins et les précautions apportés à la fabrication, il y aura toujours quelques nécroses phosphorées ».

Qu'il soit nécessaire de défendre l'ouvrier contre lui-même, contre son ignorance, quelquefois même contre son mauvais vouloir, nul ne saurait le nier. Mais il n'en est pas moins vrai que nos installations laissent encore beaucoup à désirer, que la ventilation est loin d'être parfaite et qu'il est possible de réaliser en France des perfectionnements qui existent déjà à Turin, à Moncalieri, à Alger même.

En attendant la substitution absolue du phosphore rouge au phosphore blanc, substitution qui n'est pas impossible, puisqu'elle est réalisée en Danemark depuis 1874, en Finlande et partiellement en Suisse, des mesures d'hygiène s'imposent ; il suffit d'appliquer avec rigueur les mesures proposées à la section d'hygiène publique du Congrès de Bruxelles en 1875 en y ajoutant les derniers perfectionnements proposés : ventilation intense comme à Moncalieri, trempage mécanique, en apportant quelques modifications aux appareils actuels déjà en progrès.

Enfin, surveillance rigoureuse de l'état sanitaire des ouvriers, mais surveillance scientifique, comprenant un examen attentif, non seulement de l'état de la bouche, mais encore de l'état des reins. Une analyse méthodique, faite à intervalles rapprochés des urines de tous les ouvriers employés, permettrait de déceler nettement les premiers symptômes du *phosphorisme latent*. La *déminéralisation* de l'organisme constitue, on ne saurait trop l'affirmer, le mécanisme essentiel de l'intoxication phosphorique chronique, et c'est en déterminant pour chaque individu, un coefficient de déminéralisation que l'on pourra établir avec netteté le moment où il doit quitter le service et celui où, après un traitement approprié (lait, ozone, essence de térébenthine), il peut de nouveau se présenter à l'usine.

En attendant la suppression légale du phosphore blanc, suppression que des raisons financières rendent problématique, on peut, croyons-nous, réduire le nombre des victimes au moins aux chiffres constatés dans les usines étrangères.

P. Langlois,
Chef du Laboratoire de physiologie
à la Faculte de Médecine.

IV. — Un clamp de digue avalé par un patient

Le 27 juillet 1891, un dentiste exerçant à Philadelphie vint me trouver avec son patient. Il était porteur d'un clamp de la plus grande dimension et me dit que, dans la matinée, son patient en avait avalé un semblable, qui s'était logé dans l'œsophage. Que devait-il faire? Je l'envoyai à mon confrère le Dr Cohen.

Quelques jours après je lui demandai ce qu'était devenu son patient; il me répondit: « Je pris le clamp avec mon forceps, mais je vis qu'il me faudrait lacérer l'œsophage, ce qui ferait à mon patient un mal irréparable. Je le renvoyai donc en lui conseillant de se nourrir pendant deux jours avec des pommes de terre en purée, bouillies, ou rôties.

» Hier, le malade me rapportait le clamp, l'ayant passé par le canal alimentaire, si entouré de pommes de terre qu'il avait la forme d'une boule, et la pomme de terre y adhérait tellement qu'on eut de la peine à extraire le clamp ».

(*Transactions of the American Dental Association.*)

V. — Histoire d'un dentier

Le *British journal of Dental science* a publié dans son numéro de juin 1890, sous la signature du Dr Leslie, de Belfast, l'histoire d'une plaque de prothèse portant 4 dents et un crochet, avalée par Mme F. de cette ville et sortie par la voie rectale au bout de 3 ans et demi sans conséquence fâcheuse pour le sujet.

Le numéro de décembre de la même publication contient un récit analogue, dû également au Dr Leslie.

J. E., âgé de 41 ans, jardinier dans un des parcs de Belfast, perdit, il y a 3 ans, les 2 incisives moyennes supérieures. Le dentiste qui avait fourni à Mme F. la plaque précitée lui en fournit une de vulcanite pourvue des deux dents en question et d'un fort crochet à pointe dépassant latéralement de chaque côté et destiné à entourer non pas l'incisive latérale adjacente, mais la canine plus éloignée.

En septembre 1894, tandis que cet homme mâchait un radis, la couronne de la canine gauche, cariée depuis longtemps, se brisa au niveau du procès alvéolaire. La pointe gauche du support en fut détruite et la pièce tournait ainsi sur le crochet opposé comme sur un gond. Le porteur, désireux de faire réparer son appareil, laissa le crochet gauche accroché et conserva la plaque en place jour et nuit.

Le samedi 29 septembre, il se coucha à 11 heures 1/2, s'endormit et une heure après fut réveillé par la pièce qui lui passait dans la gorge; celle-ci se logea à l'extrémité supérieure de l'œsophage. J. s'assit sur son lit et s'efforça, en expectorant, de faire sortir la pièce, puis il descendit dans sa cuisine et rendit une tasse à thé de sang, quelques minutes après il sentit que la pièce lui descendait dans l'estomac.

Il se rendit à 2 heures du matin chez le Dr Leslie; celui-ci lui prescrivit un régime alimentaire consistant en pommes de terre, riz, œufs, l'abstinence de liquide et de purgatifs. Il rentra chez lui à trois heures et avala un morceau de pain de froment fait chez lui, aussitôt les douleurs épigastriques cessèrent. Il se recoucha et dormit profondément jusqu'à 7 heures. A partir de ce moment il prit des repas conformément aux prescriptions, vaqua à ses occupations comme d'ordinaire et eut des selles normales. Le vendredi suivant, à 7 heures du soir, il trouvait dans une selle la plaque entière, qui avait conservé sa forme.

La pièce mesure 1 pouce 3/4 de long sur 1 de large et pèse 2 gr. 50. La pièce de 1890 avait 1 pouce 1/4 de long et 7/8 de large; son poids était de 2 gr. 15.

VI. — Napoléon et l'hygiène buccale

Après s'être lavé la figure et les mains, Napoléon se nettoyait soigneusement les dents avec un cure-dents de buis, et se les brossait ensuite avec une brosse trempée dans un opiat, passait ensuite dessus une seule poudre dentifrice et se rinçait la bouche avec un mélange de cognac et d'eau fraîche. Enfin il se râclait la langue avec un râcloir d'argent, d'argent doré ou d'écaille.

(*British journal of Dental science.*)

VII. — Autoplastie avec soutènement du lambeau par un trépied metallique inter-cutanéo-muqueux

Ainsi que nous l'annoncions dans notre avant-dernier compte rendu, la discussion sur la réparation des difformités nasales a commencé mercredi au sein de la Société de Chirurgie. Voici d'abord la communication que M. Chaput a lue, il y a quelques jours déjà, et qu'intentionnellement nous n'avons pas encore publiée (Voir notre numéro du 25 décembre).

M. Chaput. — La réparation des difformités nasales est relativement facile lorsque le squelette ostéo-cartilagineux persiste dans son intégrité, mais, lorsque le squelette nasal est affaissé, les difficultés sont des plus grandes. On peut, à la rigueur, employer un lambeau frontal doublé d'une plaque osseuse empruntée aux os du crâne, sans qu'il soit cependant possible, avec ce procédé, d'obtenir une réparation régulière. M. Martin (de Lyon) a imaginé de soutenir les lambeaux à l'aide d'un trépied métallique implanté sur le squelette; mais, si les résultats immédiats sont forts beaux, il n'en est pas de même des résultats éloignés, le trépied métallique s'infectant par l'exposition à l'air et provoquant à la longue de la suppuration, qui aboutit à son élimination. Nous en

avons vu un exemple chez un malade opéré par la méthode de M. Martin, et les opérés de M. Delorme nous fournissent la même démonstration.

J'ai pensé que, pour rendre parfait le procédé de M. Martin, il suffirait de placer le trépied métallique dans l'épaisseur même des tissus, de façon à le protéger contre les infections extérieures, et, dans la dernière séance, je vous ai montré une malade chez laquelle j'avais réalisé cette prothèse métallique *inter-cutanéo-muqueuse.*

Lorsque la peau de la région nasale est intacte, je propose d'encadrer le nez par une incision en U, à concavité inférieure, dont les extrémités inférieures correspondent au bord inférieur des ailes du nez; on dissèque ensuite et on rabat le lambeau ainsi limité, en ayant bien soin de ne pas intéresser la muqueuse des fosses nasales pendant cette libération.

On procède ensuite au forage des trous qui doivent recevoir le trépied métallique. Un premier trou est pratiqué au niveau de l'épine nasale du frontal; deux autres sont forés sur les maxillaires supérieurs, un peu en dehors des ailes du nez. Pour que la perforation ne comprenne pas la muqueuse nasale, il est indispensable de décoller celle-ci à la rugine sur la face interne du maxillaire, dans une étendue d'un centimètre environ.

Les extrémités du trépied étant introduites dans ces orifices, on relève au-dessus de lui le lambeau cutané en le ramenant à sa position première, et on le suture au crin de Florence.

L'appareil, qui sera avantageusement construit en argent doré, semble devoir être, dans ces conditions, indéfiniment toléré. J'ai suivi deux malades que j'ai opérées de cette façon, l'une il y a quinze mois, l'autre il y a dix mois, et je n'ai pas observé le moindre accident, bien que chez l'une d'elles une suppuration partie du sac lacrymal ait exposé pendant quelque temps un des bords de l'appareil.

Lorsque la peau de la région nasale fait défaut, il faut procéder d'une manière différente pour placer le trépied entre deux plans de lambeaux. M. le professeur Duplay nous a montré dans son service un homme chez lequel un coup de feu a détruit le nez, la lèvre supérieure et la partie interne des maxillaires ainsi que la voûte palatine osseuse. Voici comment il conviendra de procéder dans ce cas : après avoir fait, dans un premier temps, le débridement nécessaire pour reconstituer la lèvre supérieure, on prendra sur les joues deux lambeaux quadrilatères qui seront suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, épiderme en dedans et face cruentée en dehors, puis, quelques jours après, on avivera à la curette la face cruentée des lambeaux, on mettra en place le trépied métallique et on le recouvrira par un grand lambeau frontal avec lequel on formera, en outre, la sous-cloison.

M. Delorme (du-Val-de-Grâce). — Je ne partage pas la confiance de M. Chaput dans l'application du trépied métallique Certes, les opérations sont trop rares encore pour qu'on puisse porter sur ses avantages ou ses inconvénients un jugement définitif ; il n'a guère, en effet, été employé que quatorze fois. Mais, personnellement, je l'ai appliqué sur trois malades et les résultats qu'il m'a donnés ne sont pas très encourageants.

Dans un cas, il y a eu intolérance absolue de tissus vis-à-vis le trépied métallique, intolérance résultant du déplacement de l'appareil; dans un autre cas, il y a eu intolérance relative ; dans un troisième, enfin, il y a eu tolérance complète, mais couverture insuffisante. Au total, un succès relatif et deux insuccès complets. Ce n'est pas brillant. Je sais bien que la méthode est perfectible et qu'elle n'a pas dit son dernier mot. Peut-être les résultats seront-ils meilleurs désormais ? Voici, en tout

cas, quelques remarques qui me sont suggérées par l'étude des trois cas que j'ai pu suivre.

M. Chaput dit qu'il suffit, pour fixer le trépied par en bas, d'inciser le cul-de-sac gingivo-labial; or, j'ai dû inciser l'épaisseur tout entière de la lèvre; à la cicatrice frontale se joint donc encore une cicatrice labiale.

Le trépied n'est pas toujours facile à fixer en haut; à la suite d'un traumatisme, sur des os qui ont changé de place ou qui sont frappés d'ostéite, sur un maxillaire dont la résistance est très diminuée, l'application de l'appareil est difficile et il n'est pas aisé de le maintenir en place.

Il n'est pas toujours simple, non plus, de trouver l'étoffe cutanée nécessaire pour recouvrir le trépied. Les parties molles, quand il s'agit de traumatismes, ne sont pas toujours souples; souvent, on les trouve indurées, rétractées, difficiles à modeler; il n'y a pas de téguments sur la face dorsale du nez et si on veut en prendre sur la joue, au delà du sillon naso-génien, on défigure considérablement le malade. Dans ces cas, il ne reste plus qu'une ressource : faire l'autoplastie par la méthode italienne, et celle-ci est féconde en déboires. Aussi suis-je persuadé que dans quelques cas on doit retirer un grand bénéfice du traitement préalable de la peau du nez (massage, assouplissement, débridement); par ces moyens on doit pouvoir trouver quelquefois de l'étoffe là où il serait impossible d'en prendre, si on ne les employait pas.

Au résumé, je le répète, j'ai moins de confiance que M. Chaput; je ne crois ni le procédé aussi facile à exécuter qu'il l'a dit, ni les lambeaux aussi à l'abri de l'infection. Je ne fais pas non plus aussi bon marché que lui d'une cicatrice portant sur la racine du nez, tout près des voies lacrymales. Peut-être la méthode sera-t-elle heureusement perfectionnée. Elle est, aujourd'hui encore, très défectueuse.

M. Chaput. — J'accorde à M. Delorme que ses malades ne sont pas beaux et que les résultats qu'il a obtenus chez eux ne sont pas encourageants. Mais ils ne démontrent rien contre la modification que j'ai fait subir au procédé de Martin; les malades que j'ai montrés ici en disent, à cet égard, assez long. Parmi les reproches que M. Delorme adresse au trépied métallique, j'ai cru entendre qu'il y avait inconvénient, pour fixer l'appareil, à traverser le sinus maxillaire et le sinus frontal. Or, on n'entre ni dans l'un ni dans l'autre, si l'on sait prendre quelques précautions. D'abord, on applique les vis sur une partie de l'os relativement éloignée du sinus maxillaire; quant au sinus frontal, pour ne pas l'ouvrir il suffit de ne pas trop enfoncer les vis qui maintiennent le trépied.

VIII. — Mal perforant buccal

M. Letulle. — Voici un malade ataxique syphilitique qui présente une perforation de la voûte palatine survenue après la chute des dents. La perte de substance s'est produite sans suppuration aucune; on n'a pas constaté de suppuration des sinus. Le malade ayant eu plusieurs maux perforants plantaires, j'estime qu'il s'agit dans ce cas d'une lésion analogue, d'un mal perforant buccal. M. Fournier a présenté un cas semblable à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

M. Lermoyez. — J'ai vu, pour ma part, deux malades atteints de mal perforant buccal. C'étaient deux tabétiques. Chez eux la perforation s'était faite spontanément, sans suppuration. D'ailleurs on n'a jamais

observé dans l'inflammation suppurative des sinus une perforation offrant cet aspect. Les abcès des sinus s'ouvrent toujours par un petit orifice.

IX. — Intoxication mercurielle chronique

M. Albert, de Vienne, a signalé à la Société império-royale des médecins de Vienne, une observation d'intoxication mercurielle des plus personnelles, puisqu'il s'agit de l'auteur. Il fut atteint de troubles gastriques assez intenses, perdit trois dents apparemment saines et vit ses ongles devenir moins résistants. Il fit alors analyser ses urines; celles-ci contenaient une quantité notable d'iodure de mercure. Il pense donc pouvoir attribuer ses troubles gastriques à une intoxication mercurielle occasionnée par la solution de sublimé dont il se sert dans ses opérations.

(*Bulletin médical.*)

X. — Recherches du champignon du muguet

M. Roux s'est livré à des recherches dans le but de déceler la présence du champignon du muguet dans les salles ayant contenu des malades atteints du muguet.

Après avoir essayé de divers appareils, il a employé l'appareil imaginé par Damaschino qu'il a simplifié et il a pu obtenir directement, sur la carotte et surtout sur le citron, des cultures pures de muguet. Sur le citron, les colonies de muguet se montrent sous forme de petites perles blanchâtres développées surtout autour des graines et sur la pulpe la plus voisine.

(Gazette des Hôpitaux de Toulouse.)

XI. — Sur un cas de nécrose du maxillaire a la période préataxique du tabès

M. du Castel. — Voici un homme, âgé de 35 ans, non syphilitique, qui présente des symptômes très nets de tabès. Depuis 15 ans, en effet, il souffre de douleurs fulgurantes dans les bras et les jambes ; depuis un an il a eu trois crises gastriques typiques, enfin il a été tourmenté pendant quelque temps par une incontinence nocturne d'urine. Les accidents sur lesquels je désire surtout attirer votre attention ont débuté il y a trois ans. Un matin le malade s'est réveillé avec la figure très enflée des deux côtés ; en même temps il était mal à son aise et un médecin appelé lui dit qu'il avait la fièvre. La double fluxion disparut rapidement, mais, dès le lendemain, les trois dernières molaires du côté droit tombaient spontanément. Depuis cette époque des accidents du même genre, moins aigus toutefois, se sont reproduits à plusieurs reprises et, actuellement, le maxillaire supérieur ne porte plus qu'une seule dent. De temps en temps, des morceaux du maxillaire sont éliminés ; un séquestre comprenant une partie du plancher du sinus du côté droit, mais ne portant pas trace des alvéoles, est sorti il y a huit jours. Actuellement deux ulcérations profondes, indolentes, siègent sur la voûte palatine et, à gauche, on sent un petit séquestre mobile.

Habituellement, l'ataxique présentant des lésions graves du côté du maxillaire perd ses dents sans douleur ; il les cueille. Ici leur chute a toujours été précédée d'une sorte de poussée inflammatoire ; le malade est formel sur ce point. Il s'agit évidemment, dans les cas de ce genre, de véritables troubles trophiques analogues aux arthropathies.

M. Fournier. — Les fluxions inflammatoires qu'a eues ce malade rappellent les œdèmes subits qui apparaissent parfois sur les membres des tabétiques et qui laissent derrière eux des hydarthroses et des lésions osseuses. Il sera utile de faire l'étude histologique des séquestres afin de rechercher l'ostéoporose. Enfin, il est intéressant de constater l'absence du masque tabétique et celle de douleurs fulgurantes céphaliques qui existent souvent chez les ataxiques présentant des lésions des maxillaires.

(*Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Séance du* 9 *mai.*)



VARIA

Petites notes d'un praticien,

Par M. S. Broussilowsky, D. E. D. P.

Une habitude asiatique.

J'ai passé la dernière saison en Crimée où la population est composée principalement de Tartares, de Karaïmes et de Tziganes chez qui les mœurs sont encore à l'état primitif. D'après leur religion, les Tartares ne doivent pas s'adresser aux médecins ; comme exception ils admettent le traitement extérieur : le massage, la friction, etc. Naturellement le dentiste est inconnu chez eux et, chose remarquable, j'ai été frappé de leurs belles dents. On voit deux rangées de dents blanches, éclatantes sur des visages noirs, asiatiques.

Quand j'ai pris des renseignements professionnels, j'ai remarqué l'habitude, surtout chez les femmes, de mâcher souvent une substance blanche.

Alors, je m'expliquai un fait très intéressant. Cette substance n'est autre que la « *gummi mastica* », à laquelle on ajoute un peu de cire blanche pour donner au mastic une consistance plus visqueuse et le rendre moins cassant.

Ce fait s'observe en Sibérie également. Pourtant, la Crimée et la Sibérie sont très éloignées l'une de l'autre, aux deux extrémités opposées de la Russie, et renferment des peuples tout à fait différents. Or, d'après Faimenoff, la santé des dents, chez les habitants de la Sibérie, dépend beaucoup de l'usage très répandu de mâcher une

espèce de mastic de goudron connu sous le nom de *soufre*. On trouve ce *soufre* populaire partout, chez les plus petits marchands. Toutes les femmes sibériennes, les paysannes aussi bien que les dames riches, les enfants même, depuis l'âge de deux ans, sont habitués au mastic.

Cette mastication a un double effet pour les dents : grâce à ce travail constant, les dents et les mâchoires se développent plus normalement et les dents se nettoient beaucoup mieux qu'au moyen des poudres dentifrices.

Comme preuve d'efficacité de cette mastication, on peut citer le fait fort remarquable que la carie dentaire chez les enfants et les adolescents en Sibérie est très rare ; la même chose se constate dans toutes les écoles, excepté dans les institutions de jeunes filles riches où cet usage est interdit comme chose très vulgaire.

Un coiffeur dentiste.

Cet été, un employé entra chez un barbier à Rostaw. Pendant la visite, une dent lui causa une forte douleur. Le coiffeur proposa de l'extraire ; le jeune homme y consentit. L'opérateur improvisé commençait l'extraction à la clef quand le malheureux patient tomba mort. L'autopsie démontra que la mort était survenue par suite d'anévrysme cardiaque.

LA DENTISTERIE EN CHINE

En Chine la dentisterie n'est pas pratiquée sur une vaste échelle parce que les dentistes sont non seulement incapables de remplacer les dents manquantes, mais encore incapables d'arrêter la carie ; aussi ne parlerai-je que de l'extraction et de la prétention de prendre les vers des dents (*sic*).

Une fois, en me rendant à l'Ecole, tandis que je passais sur le pont du Ming, je vis un individu se soumettant aux opérations d'un dentiste indigène parce qu'il éprouvait depuis quelque temps de la douleur dans une molaire. Le dentiste plaçait une substance molle rose sur son instrument qui ressemblait à une aiguille à tricoter, mais qui, au lieu de bouts pointus, avait des bouts émoussés et qu'il appliquait à la base de la molaire malade de son patient. Pendant l'opération il mit fin à son bavardage en disant : « Attention, tenez votre langue tranquille, de peur qu'elle ne touche à la médecine et n'en soit incommodée. » Puis il avulsa la molaire malade à l'aide d'une pince avec une grande facilité. Le patient se gargarisa la bouche avec de l'eau pour arrêter le sang et l'opération fut terminée. La substance que le dentiste avait employée est connue sous le nom de *lu-sauk-dang (drogue pour séparer les os)*. Cette substance

(l'arsenic) est souvent blanche. Quant à la différence de couleur, elle est due à la variété de la matière colorante ajoutée au mélange.

La formule pour la préparation de cette substance et la méthode de mélange sont tenues secrètes par les dentistes, de telle sorte que mes efforts pour les connaître sont demeurés infructueux.

J'ai assisté également à une opération dentaire exécutée par un chirurgien ambulant de bas étage. Il s'établissait d'ordinaire en plein air devant un bâtiment à sculptures ou dans le voisinage d'une grande voie pour exposer diverses drogues et divers onguents, des couteaux polis et des faïences, telles que boîtes à thé, bols, etc., des lampes, tout pêle-mêle. Dès qu'il frappait sur son gong, le peuple accourait en foule et les enfants s'empressaient d'approcher. Il s'offrait alors à extraire gratuitement la dent de quiconque voulait se soumettre à la première opération. Un petit garçon d'une douzaine d'années accepta la proposition et s'avança pour faire extraire une dent branlante. Alors le chirurgien trempa dans un bol d'arsenic un morceau de papier et le mit en contact avec la dent. En même temps il lui recommanda de fermer la bouche aussi hermétiquement qu'il le pouvait et colla une demi-douzaine de bandes de papier par une extrémité sur sa figure, laissant pendre les autres extrémités. Il lui recommanda alors de sauter tant qu'il frapperait son gong *afin que sa dent fût obligée de tomber sans la moindre douleur*. L'enfant suivit le conseil et sauta de son mieux pendant que le charlatan frappait son instrument. La foule éclata de rire, mais la dent tomba.

J'arrive maintenant à la prétention de prendre les vers des dents. Un de mes parents eut une fois un gros rhume et, quand celui-ci fut guéri, il eut une névralgie dont l'origine était une molaire qui le faisait tant souffrir qu'il ne pouvait ni manger ni dormir. Tout d'abord il essaya de calmer sa douleur en se mettant dans la bouche une solution de wonghu, mais sans succès. Le second jour, la souffrance augmentant considérablement, un chirurgien fut mandé et déclara que, la molaire ayant été atteinte par le rhume, si l'on procédait à l'extraction, l'hémorragie ne s'arrêterait pas.

Finalement mon parent se soumit à l'opération d'une femme dentiste qui avait pour spécialité d'enlever les vers des dents et se servait uniquement d'une baguette et d'une épingle en argent. Elle met la baguette en contact avec la dent malade et fouille celle-ci soigneusement avec l'épingle pour trouver les vers ; au bout d'un moment elle en sort un faisceau de petits vers jaunes qu'elle plonge dans un vase d'eau. Chaque faisceau consiste en 10 à 15 vers et quelquefois 2 à 300, *si le patient est convenu d'abord que le prix sera en proportion du nombre de vers retirés*. Elle prétend que chaque faisceau de vers est logé au même endroit dans la dent malade. Le prix ordinaire est d'environ 1 fr. 50.

Mon parent fut soulagé pendant 2 jours, après quoi les douleurs recommencèrent de plus belle et ne se calmèrent point malgré une seconde intervention de la praticienne. Ce mal de dents fut traité de cette façon de temps en temps, mais ne fut pas guéri. A la fin

pourtant, mon parent ayant suivi le conseil d'un médecin de ses amis qui consistait à ne manger que des aliments froids, la névralgie céda.

Bien des gens sont guéris par ces moyens, mais 40 ou 50 0/0 ne le sont qu'en un ou deux ans. Il y a deux moyens recommandés : l'un consistant à garder le médicament dans la bouche, l'autre à laver le patient. Le médicament qu'on garde dans la bouche est du jus de gingembre ou une décoction de racine de *keung* (arbre dont les fleurs éclosent et périssent le même jour). Cette racine a des propriétés très actives et, quand la décoction n'est restée même que quelques instants dans la bouche, celle-ci enfle et le patient en est fort incommodé.

Le lavage consiste en ceci. On cueille sur les collines des bourgeons de mûrier, on les met dans un mortier, on les pile très fin et on les passe à travers un linge pour enlever la lie. On met le jus dans un vase pour laver les *yeux* du patient avec un morceau de soie. Quand le jus est filtré de nouveau on relave *les yeux* et ainsi de suite 20 fois ou plus. On prétend que les germes des dents sont amenés aux yeux par la médecine et enlevés ainsi. J'ai examiné le jus et j'y ai constaté en effet des germes mobiles de la grosseur d'un poil et de couleur blanche. Le lavage fut continué jusqu'à ce que je ne trouvasse plus de germes.

Pour produire l'arsenic on transforme des os de chien ou d'hommes en cendres, on les mélange avec des médecines malpropres et on réduit le tout en poudre très fine.

(Dominion Dental Journal.)

LES DENTS DES TSIAMS

Dans son étude sur les origines des populations de la Cochinchine, M. Baborowski parle des dents et des maxillaires de ces populations et dit d'après un voyageur, M. Maurel :

« Un prognathisme des plus accentués est le plus saillant caractère. La lèvre supérieure arquée n'arrive souvent que d'une manière incomplète à couvrir la saillie du maxillaire et les dents. Cette saillie apparaît plus considérable par la verticalité des dents. Celles-ci sont généralement volumineuses et bien conservées. Elles tombent souvent vers la quarantaine. Enfin la hauteur du maxillaire inférieur dépasse généralement la hauteur que lui donnerait un œil habitué aux faces de l'Européen. » Les molaires sont larges, égales entre elles, tandis que chez nous leur grosseur est décroissante d'avant en arrière. Elles se conservent bien. Le menton moyen n'est pas fuyant. Les Tsiams du Cambodge se liment l'extrémité inférieure des dents de la mâchoire supérieure, de haut en bas et de dedans en dehors, et de plus en rainure (comme chez les Tagals ou proto-Malais des Philippines), en faisant une gouttière trans-

versale bien visible. Pour cette opération, ils se servent d'une pierre. Ils l'exécutent rapidement en un seul jour. Elle s'accompagne de certaines cérémonies, notamment chez les Malais.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR VERNEUIL

Le professeur Verneuil est mort le 11 juin 1895, en sa propriété de Maisons-Laffite, à l'âge de 71 ans.

La chirurgie française perd un de ses maîtres les plus estimés par le savoir et le désintéressement.

M. Verneuil eut une action considérable sur le mouvement médical de 1850 à 1890. On aurait pu dire de lui qu'il fut un couteau intelligent.

Son véritable titre scientifique est d'avoir appelé l'attention de ses contemporains sur le rôle des états généraux dans leurs rapports avec les plaies et les opérations chirurgicales.

Parmi ses mémoires nous relevons les titres suivants, qui ont de l'intérêt pour la science odontologique : *Hydropisie du sinus maxillaire*, 1852. *Sur la découverte de la staphylorraphie au XVIII[e] siècle*, 1855. *De l'écoulement sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face et des moyens propres à en atténuer les inconvénients*, 1870.

Ce fut pour l'Ecole dentaire de Paris un grand honneur, quand, en 1883, M. Verneuil, alors dans l'éclat de sa réputation, vint présider la troisième séance de réouverture des cours. Nos adversaires avaient bien senti l'importance de ce patronage et avaient tout fait pour l'en empêcher. L'esprit libéral de M. Verneuil lui fit vite discerner les motifs peu avouables du confrère qui était l'inspirateur de cette campagne et il s'en expliqua spirituellement devant nos hôtes en disant : que nous avions l'opposition « des immobiles, des impuissants et des grognons ».

M. Verneuil savait que c'est le sort de toutes les tentatives progressistes.

Il vint à nous au nom de l'intérêt général. C'est pourquoi nous saluons l'homme d'intelligence supérieure qui a une place à part dans l'histoire de la médecine en France au XIX[e] siècle.

CRIGNIER

M. Crignier est décédé subitement le 8 juin, à l'âge de 49 ans.

Cette nouvelle affectera péniblement tous ceux qui ont été en rapport avec le président du Conseil d'administration de l'Ecole Odontotechnique, dont l'aménité de caractère, la sûreté et l'amabilité dans les relations étaient appréciées universellement.

Crignier était entré dans la profession vers 1860 en passant, comme la plupart des dentistes de cette époque, par le laboratoire où il acquit l'habileté manuelle et l'amour de son métier. Collaborateur de M. Géniesse, il devint bientôt son successeur. En 1879 il fut un des fondateurs de la Chambre syndicale et fit partie du bureau dès les débuts.

En 1890, quand une crise éloigna volontairement quelques-uns de ses collègues, ceux qui étaient restés fidèles à l'institution le placèrent à la tête de l'administration, poste qu'il a occupé jusqu'à son dernier jour. Quand nous rencontrâmes des difficultés pour la publication des comptes-rendus du Congrès de 1889, M. Crignier se solidarisa avec nous, pour donner une conclusion honorable au différend.

On peut dire à son honneur qu'il était de ceux qui souhaitaient le plus l'union professionnelle, et dans les différentes tentatives de fusion entre les deux principales Sociétés de dentistes français, il fut toujours pour les mesures qui pouvaient réaliser l'accord. Homme de progrès, il participait à toutes les œuvres d'intérêt professionnel, d'où qu'elles vinssent, et on peut dire de lui qu'il ne laisse que des regrets et des souvenirs de sympathie.

Quoique ses obsèques fussent ignorées de beaucoup, un grand nombre de confrères y assistaient. Le Conseil d'administration, les membres du corps enseignant et les élèves de l'Ecole Odontotechnique y assistaient sans exception.

Notre Conseil de direction et nos Sociétés y étaient représentés par MM. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, Poinsot, directeur honoraire, et Dubois, président de l'Association générale des dentistes de France, et par plusieurs membres de nos sociétés.

P. D.



NOUVELLES

La Société générale de prévoyance des dentistes de France a ainsi constitué son bureau.

Président...........	MM. Ducournau.
Vice-président	Dubois.
	Dr Queudot.
Trésorier...........	Hivert.
Secrétaire général...	Dr Sauvez.
Secrétaire des séances,	Dubrac.

Les statuts ont été adoptés. La Société est donc constituée.

The american dental society of Europe.

La vingtième réunion de cette société dentaire aura lieu à Boulogne-sur-Mer, les 5, 6 et 7 août 1895.

Nous sommes heureux d'apprendre la nomination de M. le Dr Sébileau, agrégé de la Faculté de médecine, comme chirurgien des hôpitaux. Que le distingué professeur de pathologie buccale à l'Ecole dentaire de Paris agrée nos félicitations.

Statistique des opérations faites à l'Ecole dentaire de Paris pendant les mois d'avril et mai 1895.

Entrées...	5827
Extractions avec ou sans anesthésie,..................	637
Pansements	1593
Aurifications et obturations diverses.................	948

ERRATUM

C'est par erreur que nous avons omis dans le compte rendu du banquet de l'Association générale des dentistes de France de citer parmi les professeurs qui se sont fait excuser M. Friteau, empêché au dernier moment.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 8 janvier 1895.

Présidence de M. Dubois.

Sont présents : MM. Berthaux, Billet, Claser, d'Argent, Dubois, Godon, F. Jean, Löwenthal, Martinier, Richer, Roy, Viau.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Billet, trésorier, donne lecture de son rapport.

Les recettes s'élèvent à 4.403 fr. 30 ; les dépenses à 2.943 fr. 38. Il reste en caisse 1.559 fr. 92, plus 120 fr. non placés.

M. le trésorier propose une gratification de 100 fr. pour le commis secrétaire. Après diverses observations, elle est votée.

M. Godon propose de faire toucher les quittances de l'Association par la trésorerie de l'Ecole. *M. d'Argent* appuie cette proposition. Adopté.

Sur la proposition de *M. Dubois*, on décide l'impression du rapport du trésorier.

M. Dubois présente une petite rectification au sujet du budget.

M. Claser, chargé des expertises, a reçu 8 fr., moins 1 fr. 50 de frais. De plus, il est dû 18 fr. pour deux autres expertises. Il demande qu'à l'avenir l'expertise n'ait lieu que si une provision est versée. Adopté.

M. Godon demande qu'il soit fait un rapport écrit sur les expertises faites. Adopté.

Correspondance.

Lettres d'excuses de MM. Coignard et Noël.

Lettre de démission de M. Jacques (de Nantes). Acceptée.

Lettre de M. H. demandant un secours.

Renvoyé à la Caisse de prévoyance qui décide qu'il ne peut y avoir lieu d'accorder le secours demandé, ce membre n'ayant pas payé ses cotisations depuis 5 ans.

Proposition d'une maison de recouvrements. Refusée.

M. Richer signale sur la liste des membres publiée l'omission de M. Aufrant-Armstrong, 15, rue Thiers, au Havre.

M. Dubois donne lecture de son rapport sur la gestion du journal. Il montre l'état florissant de celui-ci : le nombre des abonnés a augmenté d'un tiers. Le chiffre maximum de 10.000 fr., fixé par le traité, est presque atteint, les recettes s'élevant à 9.585 fr. 45.

Sur la proposition de *M. Godon*, le Conseil vote à l'unanimité des félicitations à M. Dubois pour les brillants résultats de sa gestion.

M. Claser demande que dans chaque numéro de journal paraisse la feuille de publicité de l'Association.

M. Dubois promet de tenir compte de cette observation, sous réserve des nécessités du tirage.

M. Roy donne lecture du résumé de son rapport annuel.

M. Dubois propose des modifications aux statuts dans le but de sim-

plifier l'administration. Il propose en outre d'obliger les membres de l'Association à faire partie en même temps de la Société civile de l'Ecole pour recevoir gratuitement le journal.

Adopté.

M. Godon annonce la formation d'un Syndicat des Dentistes du Nord et du Pas-de-Calais. Il appelle l'attention sur la formation de ces groupes régionaux et propose qu'à l'avenir le Conseil se compose de 24 membres: 16 pour Paris, 8 pour la province.

M. Richer appuie cette proposition.

M. Dubois l'appuie également et rappelle le moyen dont il a déjà parlé au sujet du journal à prix réduit pour les Sociétés locales.

Il est décidé qu'à l'avenir le Conseil se composera de 16 membres pour le département de la Seine et 8 pour la province, autant qu'il est possible répartis par région.

Il y aura 13 membres à nommer à l'assemblée générale. Les 3 derniers membres parisiens nommés le seront pour un an et on tirera au sort l'année prochaine pour établir un roulement parmi les provinciaux.

M. Dubois propose la date du samedi 12 janvier pour l'assemblée générale.

M. Richer s'étonne que ce ne soit pas un dimanche.

M. Roy fait observer que l'obligation du dimanche a été supprimée dans la dernière assemblée générale extraordinaire.

M. Dubois rappelle les motifs de ce changement.

L'assemblée générale est fixée au samedi 19 janvier, avec une séance clinique le dimanche 20.

MM. Martinier et Roy sont nommés délégués de l'Association au Comité d'organisation du Congrès de Bordeaux.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du 20 janvier 1895.

Sont présents : MM. Coignard, Dubois, Godon, Martinier, Papot, Prével, Rollin, Roy, Viau, Richer.

Le Conseil procède à la nomination de son Bureau et des Commissions.

Président : M. Dubois.............. 8 voix.

M. Dubois est nommé.

Vice-président : M. Papot........... 7 voix.

— M. Legret.......... 7 —

MM. Legret et Papot sont nommés.

Secrétaire général : M. Roy......... 8 voix.

M. Roy est nommé.

Trésorier : M. Billet............... 8 voix.

M. Billet est nommé.

Caisse de prévoyance.

Les membres nommés l'année dernière sont maintenus en fonction.

Syndicat professionnel.

Les membres nommés l'année dernière sont maintenus en fonction. M. Rollin leur est adjoint.

Journal.

MM. Martinier, Viau, Löwenthal, d'Argent, F. Jean sont nommés délégués de l'Association.

MM. Blocman, Godon, Ronnet et Roy sont nommés délégués de la Société de Publications odontologiques.

Le secrétaire général,

Dr M. Roy.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2.500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez MM. Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER de suite cabinet anglais, pour cause de changement de situation, dans une ville de 40.000 habitants, faisant 20.000 fr. d'affaires par an. On traiterait pour 10.000 fr. — S'adresser au Journal sous les initiales N. E. W.

UN DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, ancien élève de l'Ecole de New-York, parlant l'anglais et l'espagnol, demande une place d'opérateur. S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, D. H.

CABINET DENTAIRE 1er ordre, à vendre, grande ville du Midi, chiffre d'affaires depuis cinq ans : 186.000 fr., justifiées (moyenne 37.000 par an). Prix demandé 74.000 francs, excellente occasion pour docteur en médecine ayant capital et bon opérateur. S'adresser au bureau du journal, aux initiales B. G.

CABINET A CÉDER dans sous-préfecture de l'Aube, seul, 5,000 francs d'affaires, loyer 500 francs. 7 pièces et dépendances, cour et jardin. Prix très avantageux. Rien comptant. S'adresser au journal.

A CÉDER IMMÉDIATEMENT, dans une grande ville du Midi, le cabinet d'un dentiste américain, ayant fait pendant les années 1892, 1893 et 1894, 35.000 francs d'affaires prouvées (Moyenne par année : 11 à 12.000 francs). On céderait pour 4.000 francs comptant, et pour ce prix on laisserait l'installation complète du salon et du cabinet. — S'adresser à M. Loubières, chirurgien-dentiste, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).

ON DEMANDE un opérateur connaissant la prothèse, diplômé ou patenté ; s'adresser au bureau du journal C. E.

B. THIOLY, 37 rue de la Pépinière, Nancy, demande un bon opérateur D. E. D. P. au courant des travaux de prothèse.

DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, demande situation Paris ou province. Reprendrait aussi bon cabinet. S'adresser bureau du journal initiales D. G. 8.

A REPRENDRE dans une ville de l'Est, un cabinet faisant 18,000 francs d'affaires. Affaire sérieuse. S'adresser chez MM. Reymond frères, 44, Place de la République, Lyon.

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans ville de Préfecture, grande maison avec jardin (*loyer très avantageux*), beau chiffre d'affaires. On céderait pour 4.000 francs comptant. S'adresser au bureau du journal sous les initiales V. Q.

POUR CAUSE DE DÉPART à l'étranger, on céderait pour le prix de l'installation, joli cabinet de chirurgien-dentiste au centre de Paris. S'adresser chez M. Guillois, fournisseur, rue Richer.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ✪, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, ✪. — **P. Chrétien**. — **Debray**. — **Dugit père**. — **A. Dugit**. — **F. Gardenat**. — **Dr Kuhn**. — **E. Pillette**. — **Wiesner** ✱ ✪.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, ✪, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ✪, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ✪, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ✪, Dr en médecine.
P. Poinsot, ✪, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ✪, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ✪, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ✪, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE ✪ — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, MEUNIER, HIRSCHBERG, JOSEF, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96
(Treizième année)

Ch. GODON, DIRECTEUR.
Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuelement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de [illegible] à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale: 1° traitements, obturations, aurifications, extractions; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections:

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

RÉCOMPENSE MÉRITÉE

Quand M. Lecaudey, en 1880, écrivait à M. Andrieu :
« Dentiste dès mon jeune âge, successivement apprenti, mé-
» canicien, opérateur, j'ai dû créer ma maison, petite d'abord,
» plus importante par la suite, passant ainsi, non sans peine et
» sans de nombreuses difficultés, par les divers degrés de la
» profession dont il m'a fallu subir le manque d'organisation. »

Quand, à la même époque, il devint le directeur de la première école dentaire française, il ne vit que le bien à faire et la nécessité de léguer à nos successeurs cette organisation qui lui avait fait défaut à lui-même et aux dentistes de sa génération.

Esprit tourné vers l'avenir, il coopéra de toutes ses forces à cette entreprise de jeunes, il n'espérait pas pour elle son succès éclatant, il n'en attendait pas de bénéfice personnel ; il ne comptait pas que ses confrères, en une manifestation solennelle, lui prouveraient leur reconnaissance et leur sympathie, il ne s'attendait pas enfin à ce que le Gouvernement de la République, à son tour, consacrât une existence de labeur, d'honnêteté et de dévouement aux autres en le nommant membre de l'ordre national de la Légion d'Honneur. Et pourtant tout cela lui a été donné !

Cette distinction était dans les vœux de nos différentes sociétés professionnelles. A plusieurs reprises, et encore tout récemment, leurs Conseils ont signalé aux hommes publics qui connaissent notre œuvre combien nous serions honorés de voir notre premier président récompensé par le Gouvernement de sa vie de travail et de dignité professionnels. Le Gouvernement a pensé, comme tous ceux qui connaissent M. Lecaudey, que c'était justice.

Nous l'en remercions au nom de tous. P. D.

---

*Dans son numéro d'août, l'*Odontologie *commencera la publication des communications faites au Congrès de Bordeaux.*

TRAVAUX ORIGINAUX

DÉFORMATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR CONSÉCUTIVE A UNE NÉCROSE ÉTENDUE

Par M. Francis JEAN,

Président de la Société d'Odontologie de Paris.

Il s'agit d'un cas de nécrose du maxillaire inférieur dont la cause m'a échappé malgré toutes mes recherches. Je veux dire la *cause vraie*, car les hypothèses ne font pas défaut.

Le malade, M. M..., âgé de cinquante ans, vint me consulter, au mois de mai, l'année dernière, pour ce qu'il appelait une fluxion, survenue à la suite d'une extraction.

Je constatai à la mâchoire inférieure du côté droit un volumineux œdème s'étendant verticalement du bord alvéolaire au bord libre du maxillaire et d'avant en arrière de la symphyse à la branche montante, œdème dur, uni, accentué surtout au niveau des prémolaires et ne présentant pas de fluctuation. A l'inspection de la bouche, je constatai, au maxillaire inférieur, que toutes les molaires manquaient jusqu'aux premières prémolaires ; la première molaire droite avait été extraite récemment, et la plaie n'était pas cicatrisée ; de plus, la première prémolaire du même côté était ébranlée dans son alvéole et baignait, en quelque sorte, dans le pus qui l'entourait au collet. Je remarquai aussi, point intéressant, et sur lequel je reviendrai tout à l'heure, que l'insuffisance du nombre des dents présentes faisait que toute l'articulation reposait sur les deux prémolaires restantes.

Le malade me raconta ainsi son histoire :

Huit jours auparavant, il s'était rendu chez un industriel exploitant un cabinet dentaire qu'il ne me désigna pas plus clairement, et là, il s'était fait extraire les deux dents dont j'avais constaté l'absence. L'opérateur avait insisté pour faire une injection de cocaïne et le malade y avait consenti. L'injection et l'extraction se firent sans incident ; mais, rentré chez lui, il ressentit, dit-il, une certaine sensation désagréable dans la région opérée, sensation qui dégénéra en gêne, puis en douleur, en même temps que la région se tuméfiait ; il constata, à l'endroit où les piqûres extérieures avaient été faites, des points noirâtres, cicatrices laissées par l'aiguille. Enfin, phénomène singulier, il nous assura *qu'à partir de ce moment de l'opération, la région circonvoisine était restée insensible.*

L'impression que le malade a emportée du cabinet où il a été opéré est qu'il y règne un certain sans-gêne vis-à-vis de l'antisepsie et même de la vulgaire propreté ; il est convaincu d'avoir été piqué avec une seringue malpropre.

Deux jours après l'opération, la tuméfaction ne diminuant pas,

le malade consulta un médecin qui lui ordonna quelques lavages antiseptiques et me l'adressa.

Je vous ai indiqué l'état dans lequel je le trouvai.

J'enlevai la première prémolaire, qui, je l'ai dit, baignait dans le pus; je constatai que cette dent n'offrait pas la moindre trace de carie, j'interrogeai le malade et il m'affirma que cette dent n'avait commencé à être ébranlée que depuis l'opération qu'il avait subie.

Je fis la section de la dent que j'avais extraite et je trouvai une pulpe en pleine décomposition.

Je détergeai l'alvéole avec une solution forte de chlorure de zinc à 4 0/0, qui m'a toujours donné d'excellents résultats dans les cas de suppuration d'origine osseuse, et j'ordonnai au patient de faire lui-même des lavages antiseptiques avec le même sel à 1 0/0.

Si vous vous souvenez que, par suite de l'absence des molaires, l'articulation reposait sur les premières prémolaires gauches antagonistes, vous comprendrez que l'articulation se trouvait ainsi manquer complètement d'appui à droite. Comme elle était déjà insuffisante à gauche, il en résultait que, dans les mouvements de mastication, la mâchoire inférieure glissait, pour ainsi dire, sur son point d'appui unique et avait tendance à se porter vers la droite.

Je revis mon client deux jours après. La tuméfaction n'avait pas diminué, non plus que la sensation de gêne; cependant, l'induration avait disparu en partie pour faire place à une boursouflure fluctuante au niveau de la partie opérée.

Pensant uniquement à évacuer le pus que je soupçonnais dans cette tuméfaction, je fis une incision au bistouri; il s'échappa en effet de la plaie que je venais de faire une certaine quantité d'un liquide purulent d'assez bonne nature et peu fétide. Je fis de nombreuses irrigations antiseptiques au chlorure de zinc et j'inspectai la poche purulente avec un stylet.

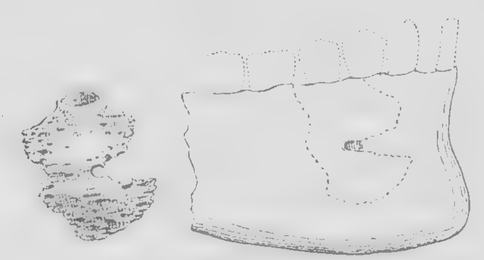
Je fus très étonné de rencontrer sous mon instrument une partie rugueuse et mobile : c'était évidemment un séquestre. Je l'enlevai, non sans peine, car vous pouvez constater qu'il est assez volumineux. Il comprend une portion du maxillaire inférieur limitée en haut par le bord alvéolaire de la canine au niveau de la première grosse molaire ; en avant, par la table externe du maxillaire ; en arrière, par la partie médiane du même os, et en bas, il s'étend presque jusqu'à la base de la mâchoire; le trou mentonnier se trouve par conséquent compris dans la partie nécrosée.

La portion émergente du nerf maxillaire inférieur se trouvait donc détruite ou, tout au moins, fort endommagée ; aussi ne fus-je pas surpris de constater une insensibilité absolue de la région correspondante, la lèvre et la moitié droite du menton, que je pouvais piquer et pincer sans provoquer la moindre sensation. La portion basilaire de l'os était restée si mince que je craignis fortement de la faire céder sous l'influence de la moindre tentative. Je recommandai au malade les plus grandes précautions, lui enjoignis de faire soigneusement l'antisepsie de la région, ainsi que des irrigations de la plaie, et lui prescrivis une alimentation semi-liquide.

Au début du traitement, je le vis plusieurs fois par semaine ; mais suivant les progrès de la guérison, les séances furent plus espacées. A deux ou trois reprises, j'eus l'occasion d'enlever de petites portions d'os nécrosé, et pendant longtemps encore, la première eau d'injection ressortait de la cavité légèrement teintée par un exsudat qui indiquait bien que les parties atteintes n'étaient pas cicatrisées.

La suppuration, qui d'abord avait persisté, diminua très lentement et ne disparut qu'il y a un mois environ, de sorte que la guérison complète ne s'est effectuée qu'au bout d'un an.

Pendant le traitement, je remarquai une tendance du maxillaire inférieur au déplacement de gauche à droite. Je m'expliquai cela



Séquestre enlevé (grandeur nature).

par une déviation de l'articulation ; aujourd'hui la déformation est réelle, et vous pouvez l'apprécier d'après le moulage que je vous présente. Vous voyez que l'arcade inférieure tombe, à gauche, en dedans, et, à droite, en dehors de l'arcade supérieure.

Y a-t-il eu simplement, comme je viens de le dire, déviation de l'articulation, et peut-on expliquer cette déformation par une sorte de contracture partielle affectant les faisceaux antérieurs du masséter, ou bien encore le ventre antérieur du digastrique droit? Il y a certainement une action de ce genre dans cette situation, car les condyles semblent quelque peu déplacés obliquement ; l'articulation joue mal et le malade m'assure que parfois un effort de mastication provoque des bruits de craquement légers dans cette région.

Cependant, comme l'indique le titre que j'ai donné à cette observation, je pense que cette cause est insuffisante pour expliquer l'état actuel. Vous constaterez, en effet, que les dents inférieures excèdent moins à droite qu'elles ne rentrent à gauche : j'en conclus qu'il y a eu une véritable déformation de la partie osseuse, déformation que j'expliquerai ainsi :

Quand j'eus enlevé le séquestre que je vous ai montré, il ne resta plus, je l'ai signalé, qu'une portion relativement mince du maxillaire, à tel point que je craignais de le fracturer. Cette fracture ne s'est pas produite parce que la portion restée en place ne présentait plus la résistance de l'os sain ; mais, altérée par le processus morbide, et s'étant, en quelque sorte, ramollie, elle n'a plus suffisamment résisté à l'action des muscles ; aussi je pense que la

traction latérale du mylo-hyoïdien, la traction oblique du digastrique et peut-être même la traction perpendiculaire du masséter ont pu suffire à déterminer cette déformation d'un os non résistant.

Si vous vous souvenez d'ailleurs de ce que je vous ai dit de l'articulation. si vous vous rappelez qu'à la suite des extractions cette articulation semblait en quelque sorte pivoter sur une prémolaire qui la rejetait à droite, je crois que vous reconnaîtrez avec moi que ces causes peuvent expliquer d'une façon satisfaisante et la déviation légère des condyles et la déformation évidente du maxillaire.

Il serait intéressant de connaître la cause première d'un accident aussi important. Malheureusement, comme je l'ai signalé en commençant, je ne puis faire que des hypothèses.

J'avais tout d'abord pensé à une infection consécutive à une carie compliquée ; je regrette que le malade n'ait pas été en état de me renseigner à ce sujet, et comme la dent extraite n'était plus en sa possession, je n'ai pu vérifier mon hypothese. Je pense néanmoins que ce n'est pas de ce côté qu'il faut chercher l'explication désirée : il me semble inadmissible qu'une dent puisse provoquer d'emblée une nécrose osseuse sans avoir donné lieu auparavant à des accidents moins graves, mais assez importants pour attirer l'attention du sujet le moins observateur.

Je vous ai dit, d'autre part, que j'avais enlevé une première prémolaire baignant dans le pus et dont la pulpe était mortifiée ; le malade se souvenait que la dent extraite par mon confrère remuait un peu : je me suis demandé si je n'étais pas en présence de périodontite expulsive. Peut-être en était-il ainsi, mais les moyens de vérification m'ont manqué. Les autres dents sont solides et bien plantées, elles ne présentent aucun signe de résorption alvéolaire ; la mobilité légère que le malade accuse à la seconde prémolaire pouvait être causée par une vulgaire périostite chronique ; et, pour celle que j'ai enlevée moi-même, je suis bien forcé de reconnaître que, si son état pouvait être cause des désordres que j'ai décrits, il pouvait fort bien aussi n'en être que la conséquence.

Il reste une troisième hypothèse à laquelle je me rallierai, faute de mieux. L'avulsion des dents a été précédée d'une piqûre de cocaïne qui a laissé au malade l'impression d'une opération faite dans des conditions de propreté douteuse. A la suite de cette manœuvre, il est demeuré un gonflement, une sensation de gêne dans la partie injectée, une anesthésie permanente dans la région circonvoisine ; les points de piqûres ne se sont pas cicatrisés, ils ont pris une teinte noirâtre ; c'est à ce niveau précis que les accidents se sont produits. Je ne ferai pas de difficultés pour admettre que nous nous trouvons en présence d'accidents septiques dus à une aiguille malpropre, aiguille que le confrère aura poussée jusqu'au périoste osseux qu'il aura lésé et inoculé directement.

Je serais aussi tenté de faire intervenir comme facteur secondaire l'état du sujet. Il possède évidemment un système nerveux altéré. Son aspect, sa manière d'être le révèlent au premier abord ; et, titillant la luette avec un instrument, j'ai constaté chez lui cette

zone d'anesthésie pharyngienne que l'on donne comme caractéristique de la grande névrose. Rien d'étonnant donc à ce qu'une cause infectieuse, peut-être peu active en soi, ait développé chez un sujet à nutrition mal réglée des désordres assez étendus.

Donnerai-je une conclusion à cette observation ?

Pour cela, je devrai faire l'aveu que je ne m'attendais pas à une guérison aussi lente, ni à la déformation qui est survenue et que rien ne pouvait faire prévoir. Je suis persuadé que, si j'y avais songé, j'aurais évité cette déformation du maxillaire.

A l'aide d'un appareil prothétique établi sur la mâchoire inférieure, appareil construit de façon à ne pas intéresser les parties malades, j'aurais maintenu l'articulation en lui donnant le soutien qui lui manquait à droite, en même temps que j'aurais consolidé le maxillaire, et je lui aurais permis de résister aux tractions musculaires.

Je le répète, je ne pouvais prévoir cette solution, et j'ai songé trop tard à l'appareil pour qu'il pût être utile de l'appliquer. Je ne puis donc que vous exhorter à faire, le cas échéant, l'application d'un appareil de contention dès l'élimination d'un séquestre assez important du maxillaire inférieur.

DES CONDITIONS D'ORGANISATION DES SERVICES D'INSPECTION ET DE TRAITEMENT DENTAIRES POUR LES ENFANTS DES ÉCOLES COMMUNALES[1]

Par M. Ch. Godon

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

La nécessité de l'intervention du chirurgien-dentiste pour assurer la conservation et l'arrangement régulier des dents des enfants fréquentant les écoles communales étant admise, il reste à déterminer dans quelles conditions un service dentaire peut être organisé pour que cette intervention soit réellement efficace.

Ce service dentaire doit comprendre deux parties :

1° L'inspection à date régulière de la bouche des enfants ;

2° Le traitement des enfants que l'inspecteur a signalés comme ayant besoin de soins dentaires.

Pour l'application pratique de ces deux parties, trois systèmes sont à examiner.

1° Faire adresser à un praticien désigné par le personnel scolaire, les enfants qui *réclament ou pour qui l'on réclame des soins.*

Ce procédé est le plus simple pour diverses spécialités médi-

---

1. Extrait d'un rapport adressé à M. le maire du 8e arrondissement de Paris sur la création d'un service dentaire dans les écoles municipales, le 14 mars 1892, et précédemment au Conseil municipal de Paris, le 27 mai 1888.

cales, telles que l'oculistique par exemple, et paraît donner de bons résultats ; pour l'art dentaire on ne pourrait en dire de même.

En effet, par suite de ce qu'un auteur appelait dans un de ses ouvrages « la peur irraisonnée du dentiste », les enfants ne réclament eux-mêmes que bien rarement ses soins.

Les parents, par indifférence ou ignorance des règles de l'hygiène dentaire, ne s'aperçoivent de l'utilité des soins que lorsque les désordres sont déjà très étendus et souvent que les accidents ont atteint un certain caractère de gravité.

L'instituteur pourrait, il est vrai, être substitué aux parents ; il surveillerait les dents des enfants confiés à sa garde et réclamerait pour eux les soins nécessaires. Mais l'instituteur manque lui-même de compétence spéciale. On peut en dire autant, quoique à un moindre degré, du médecin chargé de l'inspection médicale de l'école. Enfin, s'il faut envoyer les enfants au domicile *du praticien* pour un service *gratuit*, on peut être assuré que par timidité ou par pusillanimité peu d'enfants s'y rendront. Ce procédé ne pourrait donc donner que des résultats insuffisants, car l'inspection serait nulle, et le traitement rarement appliqué.

2° *Charger le chirurgien-dentiste d'aller visiter les enfants dans leur école, d'y opérer tous ceux qui réclameraient des soins dentaires ou qui seraient reconnus en avoir besoin.*

Ce procédé, en usage dans la plupart des lycées et collèges, est supérieur au précédent, puisque le praticien va lui-même dans l'école voir tous les enfants ; mais il les opère tout de suite sans l'avis préalable des parents, ce qui est un inconvénient qui peut provoquer des réclamations. Il en est un autre plus grave : le chirurgien-dentiste, disposant de peu de temps pour l'inspection et le traitement ainsi réunis, ne peut entreprendre que les traitements immédiats. Il est obligé d'abandonner les affections dentaires qui exigeraient plusieurs séances de traitement, à moins qu'il ne s'en tire par l'extraction de la dent malade que, dans sa clientèle ordinaire, il aurait conservée avec soin.

De plus, ce système prend à chaque séance beaucoup de temps au chirurgien-dentiste et nécessite un matériel dentaire spécial dans chaque école, ce qui est coûteux.

3° *Créer un service d'inspection dentaire confié à un chirurgien-dentiste et distinct du service de traitement.*

Ce 3° procédé est celui que nous considérons, à la suite d'une certaine expérience dans l'organisation de divers services similaires, comme le plus pratique et le plus applicable dans le cas qui nous occupe, et c'est celui qui a été adopté dans les deux services dentaires de Rouen et de Niort que nous avons déjà décrits [1].

Il comprend : 1° un service d'inspection dentaire confié à un chirurgien-dentiste ; 2° un service de traitement spécial dans un dispensaire.

1° *Service d'inspection dentaire.* Le praticien chargé du service

1. Voir *Les services dentaires gratuits en France. Odontologie*, 1887.

d'inspection dentaire va dans chaque école, il examine la bouche de chaque enfant, une fois par semestre, ce qui est suffisant. De concert avec le directeur ou l'un des professeurs, il note sur une fiche *ad hoc*, détachée d'un livre à souche, les altérations qu'il rencontre, indique sur le diagramme que porte cette fiche, à l'aide de signes conventionnels (au crayon de couleur), les opérations à faire, extractions, obturations, etc.

La fiche remplie par l'instituteur est donnée à l'enfant sous enveloppe, pour être remise à ses parents, et l'instituteur garde à l'école les souches qui forment le contrôle de l'inspection. Les parents sont ainsi prévenus des soins que réclame la bouche de leur enfant.

Ils sont libres de les faire soigner chez un dentiste ou dans une clinique de leur choix.

2° *Service de traitement des affections dentaires.* Mais si les parents le désirent, dans des conditions déterminées par le règlement, ils peuvent venir au service de traitement des affections dentaires organisé par la municipalité ou *dispensaire* dentaire, réclamer pour leur enfant les soins indiqués sur la fiche qui leur a été remise à la suite de l'inspection dentaire faite dans l'école.

C'est la seconde partie du service. Dans un local spécial, à des jours et à des heures déterminés, le praticien reçoit les enfants munis de leur fiche, et leur fait les opérations que lui ou un autre chirurgien-dentiste inspecteur a indiquées à l'inspection.

Ce système offre l'avantage de rendre l'inspection très facile et très rapide. On peut ainsi visiter environ 60 enfants dans une heure.

La visite peut, sans inconvénient, être obligatoire pour tous les enfants fréquentant l'école. Il suffit aussi qu'elle soit semestrielle pourchaque enfant.

Cette inspection habitue les enfants à se faire visiter régulièrement la bouche sans effroi, puisqu'elle ne comporte aucune manœuvre douloureuse.

Enfin elle initie l'instituteur, les familles et les enfants au fonctionnement normal du système dentaire et vulgarise des notions trop peu répandues d'hygiène. Le matériel nécessaire dans chaque école pour l'inspection est très réduit : un miroir à bouche, une sonde, un paquet de ouate boriquée et un registre à souche avec fiches, un verre et une carafe contenant de l'eau boriquée ou sublimée ; une simple chaise appartenant au mobilier scolaire, peut suffire pour l'inspection comme siège dentaire. Comme on le voit, avec cette organisation, le service d'inspection se trouve très simplifié.

Quant au service de traitement des affections dentaires, il se trouve limité aux seuls enfants qui obtiennent le consentement de leurs parents. L'administration est à l'abri de tout reproche, la liberté du père de famille est respectée.

L'élimination qui est produite, d'une part, par l'inspection et, d'autre part, par le choix fait par quelques parents d'un dentiste

particulier réduit de beaucoup le nombre des enfants qui viennent se faire soigner au dispensaire dentaire.

Le praticien peut ainsi donner toute son attention et tout son temps au traitement. Enfin il est possible par ce procédé de réunir dans un seul et même local, le même jour, les enfants à soigner de plusieurs écoles et, par suite, de n'avoir qu'une seule installation de matériel dentaire pour toutes les écoles d'un même arrondissement ou d'une même ville. Dans ce cas, il est possible de faire cette installation sinon luxueuse, du moins suffisante.

Elle doit comprendre un fauteuil dentaire, la série des daviers pour l'extraction, un tour à fraiser et les divers instruments composant la trousse dentaire.

Je me souviens que le dispensaire que j'ai visité, en 1887, à Rouen était des mieux installés.

Il fonctionnait d'après ce système, et la création en était due à l'initiative de notre confrère, M. le Dr Bugnot.

De ce qui précède, il résulte donc, en nous plaçant au simple point de vue dentaire, que, pour assurer une surveillance et un traitement réellement efficace des dents des enfants fréquentant les écoles municipales, il faudrait organiser le service dentaire dans les conditions que nous venons d'indiquer en dernier lieu.

Cependant, malgré la supériorité incontestable de ce dernier procédé, les municipalités les mieux intentionnées n'ont encore pu que bien rarement l'appliquer tel que nous l'avons exposé, parce qu'il soulève, paraît-il, une objection d'ordre administratif que nous devons signaler.

Les lois et règlements de l'enseignement primaire ont indiqué quelles étaient les personnes qui auraient le droit d'entrer dans les écoles, telles que les inspecteurs de l'enseignement, les délégués cantonaux et les médecins inspecteurs; mais elles n'ont pas prévu la nomination de chirurgiens-dentistes inspecteurs, pas plus que d'autres spécialistes, tels que les oculistes par exemple, et, par suite, les municipalités n'ont pas le droit de les autoriser à pénétrer dans le local des écoles. Il semble donc que le troisième système d'organisation que nous indiquons, pour être appliqué d'une manière régulière dans l'état actuel de notre législation, devrait être organisé en dehors du local de l'école et des heures scolaires, à la mairie par exemple, en ce qui concerne l'inspection, comme en ce qui concerne le traitement, pourvu que ces deux services restent bien distincts.

HÉMORRAGIE GRAVE CONSÉCUTIVE A UNE EXTRACTION DE DENT

Par M. le Dr Maurice Roy,
Dentiste des Hôpitaux.

L'observation dont je vais vous donner la relation succincte a surtout pour but d'appeler votre attention sur un médicament destiné à

rendre de grands services dans les cas d'hémorragies petites ou grandes.

Depuis quelque temps, je soignais une dame, âgée de 35 ans, et je lui avais déjà enlevé des dents à trois reprises différentes sans qu'il s'ensuivît aucun accident, si ce n'est une assez vive douleur post-opératoire à la suite d'une extraction de prémolaire ayant plusieurs fois donné lieu à des abcès.

Le 1[er] juin dernier, je lui enlevai, à l'aide de la cocaïne Vigier, comme pour les opérations antérieures, la dent de sagesse supérieure gauche qui présentait des caries multiples avec légère pulpite.

L'opération se fit dans de très bonnes conditions et sans douleur. La malade me quitta, ne souffrant pas, et l'hémorragie étant arrêtée. Il était 11 heures du matin.

Je n'avais absolument aucune inquiétude au sujet de cette opération, quand, le lendemain matin, je vis arriver ma malade, la bouche pleine de sang.

Elle me raconta alors que, la veille, tout s'était bien passé jusque vers deux heures de l'après-midi, mais qu'à ce moment l'hémorragie, qui avait complètement cessé depuis l'opération, avait recommencé. Ma malade ne s'en était pas autrement inquiétée pendant quelque temps, mais, voyant que cela persistait, elle était allée trouver un pharmacien qui lui avait donné un liquide hémostatique (?) pour se gargariser. N'obtenant aucun résultat, elle se lava la bouche avec du coaltar, espérant toujours que cela s'arrêterait, mais il n'en fut rien : elle avait la bouche continuellement pleine de sang et durant la nuit elle dut enlever à plusieurs reprises de très gros caillots qui se formaient dans sa bouche. Quand je la vis, le lendemain matin à 9 heures et demie, elle évaluait la quantité de sang qu'elle avait perdue à trois bols au moins La bouche était pleine de sang, un gros caillot était suspendu aux dents du côté gauche et obstruait cette partie de la bouche, je l'enlevai et fis de grands lavages phéniqués. J'examinai alors et je vis le sang sortir d'une façon continue de l'alvéole de la dent extraite la veille.

En présence de cette hémorragie, j'eus l'idée d'expérimenter un produit que m'avait beaucoup vanté un de mes confrères qui s'occupe de laryngologie, M. le D[r] Coupard : c'était l'*hamameline Roya*, extrait fluide d'*hamamelis virginica.*

J'en fis boire immédiatement deux cuillerées à soupe à ma malade, puis, au bout de quelque temps, l'hémorragie n'étant pas encore arrêtée, je fis de nouveaux lavages de l'alvéole et j'y introduisis alors un tampon imbibé d'hamameline. A dessein, je ne fis pas de compression, afin de pouvoir bien juger de la valeur intrinsèque du médicament.

Immédiatement, l'hémorragie s'arrêta, et lorsque j'enlevai le tampon, vingt minutes après, aucune goutte de sang ne s'écoula.

Je lavai l'alvéole sans que l'hémorragie se reproduisît et je renvoyai ma malade, après lui avoir remis, par mesure de précaution, un tampon imbibé d'hamameline et lui avoir fait prendre deux nouvelles cuillerées de ce même médicament.

J'ai revu ma malade quelques jours après : pas une goutte de sang ne s'était écoulée. La plaie est aujourd'hui en pleine voie de cicatrisation.

Je n'ai rien trouvé de particulier qui puisse expliquer cette hémorragie, si ce n'est peut-être la proximité de la période menstruelle.

Voici donc une hémorragie grave, si l'on considère sa durée et surtout la quantité de sang perdue, que l'on peut évaluer au moins à cinq cents grammes, et cette hémorragie a cessé instantanément à la suite de l'administration de l'hamameline *intus* et *extra*.

Je n'ai pour ma part que cette observation, mais en dehors de la pratique dentaire, il est facile d'en trouver un grand nombre. Le Dr Coupard se sert constamment de ce médicament dans les cas d'hémorragie nasale et j'ai arrêté moi-même instantanément une épistaxis en faisant aspirer de l'hamameline par le nez. Nous nous trouvons donc en présence d'un hémostatique très précieux, non seulement dans les cas graves comme celui dont je viens de vous entretenir, mais encore dans toutes les hémorragies que nous avons occasion d'observer.

Comme je vous l'ai dit, l'hamameline Roya est un extrait fluide de l'hamamelis virginica.

L'hamamelis virginica est un arbuste de 11 à 12 pieds de haut qui croît dans presque toutes les régions des Etats-Unis.

On en utilise l'écorce et les feuilles ; ces parties ont une saveur amère, astringente, laissant un goût âcre, puis douceâtre et un arrière-goût persistant. La composition chimique en est encore peu connue ; on y a signalé une matière cireuse, du tannin, de l'acide gallique, une huile essentielle, une matière colorante rouge, mais pas d'alcaloïde. Son action physiologique n'est pas connue (Hayem).

On l'emploie à l'intérieur ou en applications topiques, on l'a essayé contre les varices, les hémorroïdes et les hémorragies de toute nature.

Les doses indiquées par les formulaires sont les suivantes : la teinture au 1/10, 10 à 40 gouttes ; l'extrait sec (hamamelin), 0,05 cgr. à 0,20 cgr.

L'hamameline Roya que j'ai expérimentée peut s'employer à des doses beaucoup plus élevées, son innocuité est à peu près absolue et cette préparation est d'une administration très facile.

En cas d'hémorragie on en administre deux cuillerées à soupe et on en applique si possible sur le foyer hémorragique.

Ce produit a une odeur *sui generis* très pénétrante, mais à laquelle on s'habitue rapidement.

SUR UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL

Par M. C. André,
Pharmacien de 1re classe,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Depuis que le gaïacol a été préparé à l'état d'absolue pureté, par voie synthétique, les recherches sur les propriétés de ce corps se sont multipliées et ont fait de lui l'un des médicaments les plus employés de la thérapeutique. C'est comme succédané de la créosote qu'on le connaît à peu près exclusivement. A ce point de vue d'ailleurs, il constitue un médicament excellent, soit parce qu'il est inoffensif en tant que dépourvu de toute action toxique, caustique ou irritante, soit parce qu'il s'administre avec la plus grande facilité par la voie stomacale ou la voie sous-cutanée.

Il est curieux de voir comment les propriétés antiseptiques du gaïacol ont retenu l'attention des médecins et des pharmacologistes, à l'exclusion de ses autres propriétés. Les circonstances qui ont accompagné son introduction dans la matière médicale expliquent ce point particulier.

Il y a quelques années, à la suite de l'échec retentissant des injections contre la tuberculose du Dr Koch, la question de la créosote fut reprise par la Société de Thérapeutique. Les discussions qui eurent lieu à ce moment montrèrent toute l'étendue de la confusion qui régnait alors sur les propriétés physiques et chimiques de ce médicament. Ceux des pharmaciens de cette Société, praticiens estimés, qui prirent part aux discussions, étaient en contradiction absolue, en ce qui concerne les questions élémentaires de point d'ébullition, de densité, de solubilité, etc. ; en un mot, l'étude pharmacologique de cette drogue était à refaire complètement.

Commencée dès cette époque, cette étude a été réalisée de la façon la plus complète par la collaboration de deux éminents pharmacologistes, MM. Béhal et Choay.

C'est dans le cours de leurs recherches que fut réalisée la synthèse du gaïacol. Ce produit est l'un des principaux constituants de la créosote de hêtre et MM. Béhal et Choay en ont fait une étude chimique des plus intéressantes. Ce sont eux qui l'ont introduit dans la thérapeutique avec l'idée arrêtée d'en faire un succédané de la créosote pour le traitement de la tuberculose. Or, c'est précisément le succès de la nouvelle méthode qui a détourné l'attention des pharmacologistes des propriétés cependant si remarquablement anesthésiques du gaïacol. L'effort médical, totalement porté de ce côté, s'y est épuisé.

II

Il ne serait néanmoins pas exact de dire que ces propriétés anesthésiques ont complètement passé inaperçues. Il nous suffira de

rappeler qu'on a employé le gaïacol pur et liquéfié en badigeonnages dans l'arrière-gorge pour le traitement des pharyngites; dissous dans la glycérine, on l'a employé en frictions pour traiter certaines névralgies périphériques; mélangé à la vaseline, pour combattre les douleurs de l'orchite. On l'a employé même dans le traitement des gastralgies, sous la forme de potion, et moi-même je l'ai appliqué au traitement des brûlures et des pulpites. Dans tous ces cas, le gaïacol s'est montré un anesthésique très puissant. Malgré tout, ces faits étaient jusqu'ici restés isolés, et nul encore n'avait songé à faire servir méthodiquement le gaïacol à la production directe de l'anesthésie locale. C'est le gaïacol considéré comme anesthésique local, abstraction faite de ses autres propriétés, que nous envisageons dans cette étude.

Parmi tous ces faits d'anesthésie que nous venons de rappeler, il en est un qui m'a poussé tout particulièrement dans cette voie. Je veux parler d'un cas de pulpite, et l'observation que nous allons rapporter a été faite par M. de Marion et moi-même.

Une jeune fille, âgée de vingt ans, se présente à la clinique de M. de Marion. Elle était atteinte d'une carie du 3e degré à la première grosse molaire inférieure gauche, face triturante. On commence le traitement par un pansement à l'acide arsénieux et on conseille à la malade de prendre de l'antipyrine pour calmer les douleurs prévues par l'application du pansement.

Une demi-heure après, la malade revient à la clinique, en proie à une violente douleur, et demandant à grands cris qu'on lui fasse l'extraction de sa dent. Elle avait pris à peu de distance l'un de l'autre trois cachets d'antipyrine d'un gramme.

Sur mes conseils, on fait par-dessus le tampon arsenical un pansement avec du gaïacol liquéfié. Le soulagement se produit instantanément et la disparition de la douleur demeure complète à partir de cet instant.

A mon sens, cette observation est décisive. Remarquons, en effet, que la pulpe est un organe d'une exquise sensibilité et qu'à ce titre elle constitue un réactif des plus délicats vis-à-vis de l'élément douleur. Si ce n'est le derme dénudé, il n'est peut-être pas de région plus sensible. Quoi qu'il en soit, je conçus dès ce moment l'idée de faire du gaïacol un emploi analogue à celui de la cocaïne et le succès obtenu dans cette voie confirme pleinement mes prévisions.

III

Les premières expériences du gaïacol employé en injections hypodermiques ont été faites avec M. de Marion, à sa clinique; des expériences ont également été faites avec le Dr Ferrier à Lariboisière, puis, avec MM. Dubois et Bonnard, à l'Ecole dentaire. Enfin, quelques praticiens s'en sont servis dans leur clientèle. D'autre part, je l'ai fait essayer pour les opérations de la petite chirurgie et les résultats actuellement parvenus à ma connaissance concordent avec ceux obtenus en chirurgie dentaire.

Je ne veux ici interpréter que les résultats obtenus en chirurgie dentaire.

Voici d'abord la composition du liquide employé dans mes premières expériences :

Gaïacol chimiquement pur. . . . . 1 gr.
Huile d'amande neutralisée et stérilisée, Q. S. pour faire. . . . . 10 cent. cubes.

Chaque centimètre cube du liquide hypodermique représentait donc dix centigrammes de gaïacol.

Les injections étaient pratiquées comme le sont d'ordinaire les injections de cocaïne, c'est-à-dire que l'on faisait une ou deux piqûres en avant et en arrière de la dent, et dans le voisinage le plus immédiat possible de l'alvéole. Quant aux quantités injectées, elles étaient généralement d'un centimètre cube de la solution par dent. Le temps compris entre l'injection et l'opération était de trois minutes le plus souvent ; c'est le temps minimum que je réclamais pour obtenir une anesthésie suffisante, et il m'a paru qu'il n'y avait aucun désavantage à porter cette durée à cinq minutes et plus.

Dans ces conditions, l'effet anesthésique observé a été au moins égal à celui de la cocaïne. Sans vouloir dès maintenant faire un parallèle entre le gaïacol et la cocaïne, je dirai cependant que dans certains cas où la cocaïne a peu d'action, le gaïacol a produit une anesthésie parfaite ; je veux parler d'extractions faites dans des cas de périostites, d'abcès périalvéolaires, de kystes radiculaires. Ce fait résulte clairement des nombreux cas de ce genre pris dans la série d'observations d'extractions avec le gaïacol, une centaine environ.

Et maintenant quel est le caractère particulier de l'anesthésie gaïacolique?

Si, sur une dent soumise au traitement, on exerce une action mécanique quelconque, percussion ou pression, le malade perçoit très nettement cette action, mais n'accuse aucune douleur. Interrogé sur les changements apportés par l'injection, le malade déclare n'éprouver aucun engourdissement au voisinage de la dent. Conservation de la sensibilité au toucher, disparition de la sensibilité à la douleur, telle est la conclusion qui se déduit de cette première expérience.

Cette séparation des deux sensibilités est tout aussi manifeste pendant l'extraction de la dent. Si l'on interroge le patient sur ce qu'il a éprouvé, il répond invariablement, lorsqu'il n'a éprouvé aucune douleur, qu'il a parfaitement perçu l'impression particulière de départ de la dent.

Des observations identiques ont été faites en petite chirurgie. D'après cela, le gaïacol est un véritable analyseur des deux sensibilités : sensibilité au toucher, sensibilité à la douleur ; il respecte la première et annihile la seconde. Ce n'est donc pas un anesthésique vrai, c'est un analgésique [1].

1. Ce caractère particulier de séparation des deux sensibilités existe également dans la cocaïne, mais à un degré beaucoup moins marqué que dans le gaïacol.

En somme, analgésie produite en quelques minutes, soit dans les tissus sains, soit dans les tissus phlogosés et œdématiés, tel est le résultat brut des expériences faites avec la solution oléo-gaïacolée.

IV

Mais ce n'est là qu'un résultat incomplet.

Il s'agissait en effet, après les expériences, de savoir s'il ne surviendrait pas de contre-indication à l'emploi du gaïacol, ou, en d'autres termes, si le gaïacol ne donnerait pas lieu à des accidents locaux ou généraux.

Pour ce qui est des accidents généraux, on peut faire la réponse *a priori*. Le gaïacol, en effet, n'est pas toxique et il est employé à des doses élevées, dans le traitement de la tuberculose, par la voie sous-cutanée.

Quant aux accidents locaux, la vérité m'oblige à confesser qu'ils n'ont pas tardé à se manifester, dans certains cas, sous la forme d'escharres produites après quelques jours. C'est un accident que je ne prévoyais pas, car rien, dans ma solution anesthésique, ni le titre, ni le dissolvant, ni le gaïacol lui-même, ne pouvaient être attaqués.

Que l'on veuille bien remarquer, en effet, que les solutions hypodermiques de gaïacol employées dans le traitement de la tuberculose sont très semblables à ma solution anesthésique, et l'on arrivera à admettre avec moi qu'il faut chercher la raison de ces accidents, non pas dans la composition de la solution, mais plutôt dans une manière d'être particulière du tissu gingival vis-à-vis de cette solution. Cette idée étant admise, il devient indispensable de modifier la formule de la solution gaïacolée pour la faire servir à la chirurgie dentaire.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 11 juin 1895.

Présidence de M. Francis JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Francis Jean. — Permettez-moi de vous annoncer une bonne nouvelle : notre collègue, M. le docteur Roy, vient d'être nommé dentiste des hôpitaux. C'est là un succès pour l'Ecole. Nous aurions désiré que le Syndicat s'occupât de cette question et fît les démarches nécessaires pour obtenir que des chirurgiens-dentistes pourvus du

diplôme d'Etat fussent attachés aux hôpitaux. En attendant, nous pouvons être heureux de cette nomination et en espérer d'autres dans le corps enseignant de l'Ecole. (*Applaudissements*).

M. le Dr Roy exprime ses remercîments à l'assemblée.

I. — Présentation d'une malade avec quatre implantations consolidées, par M. Amoedo.

M. Amoëdo. — Je vous présente une malade que j'ai opérée au mois de février. Un jour, elle s'aperçut qu'une dent du côté droit s'allongeait; elle alla chez un dentiste qui constata un abcès au bout de la racine. Plus tard elle vint me trouver et je lui fis un appareil; je m'aperçus que la canine en était cause. L'incisive latérale était très ébranlée et la canine était à sa place. Quelques jours après, je fis l'extraction de deux petites racines, j'approfondis l'alvéole et j'y mis la dent d'un enfant de 14 ans. Je pris la canine où elle était, je retirai l'incisive latérale, je dus faire un alvéole droit et j'y mis l'incisive. J'implantai deux dents provenant d'une dame qui avait perdu ses dents par suite de pyorrhée alvéolaire. Cette opération me demanda beaucoup de temps, je dus anesthésier à plusieurs reprises. J'attachai avec une ligature en fil de platine ; aujourd'hui tout est consolidé et je n'ai pas eu d'inflammation.

Discussion

M. Francis Jean. — M. Amoëdo, par ses résultats remarquables, nous donne presque envie de laisser la prothèse de côté pour la remplacer par des implantations.

M. Josef. — J'ai fait deux implantations dont le résultat a été satisfaisant. Dans le premier cas, j'ai employé une dent décalcifiée et j'ai remarqué que la dent, d'abord très solide parce qu'elle était entrée à force, est devenue très mobile quelques jours après, lorsque la couche décalcifiée a été résorbée, la racine étant ainsi devenue trop petite pour son alvéole. Dans le second cas, j'ai employé une dent non décalcifiée et je n'ai pas observé le même phénomène, la dent est restée beaucoup plus solide que dans le premier cas, la racine ayant conservé son diamètre primitif. Je suis donc partisan de la non-décalcification des dents implantées.

M. Francis Jean. — Pour maintenir les dents implantées en place, avez-vous procédé comme M. Amoëdo ?

M. Josef. — J'ai d'abord fait la ligature conseillée par M. Amoëdo, et comme cela ne suffisait pas, j'ai fait un petit appareil qui maintenait la dent par un fil métallique externe.

M. Francis Jean. — Votre moyen de contention diffère de celui de M. Amoëdo en ce que l'appareil était mobile, et cela a une grande importance.

M. Josef. — Il avait la forme de la dent.

M. Godon. — Dans les cas de M. Josef les deux opérations n'étaient-elles pas des transplantations ?

M. Josef. — Non pas, c'étaient bien des implantations.

M. Dubois. — M. Amoëdo décalcifie ses dents.

M. Godon. — Au congrès de Chicago, j'ai vu Younger, le grand maître de l'implantation ; il ne pratique pas la décalcification. Je l'ai questionné sur ses insuccès et il m'a avoué 25 0/0 d'insuccès ; je n'avais pas de raison de supposer qu'il exagérait. La série d'implantations faite par M. Amoëdo a paru se présenter avec des succès plus nombreux que la série de Younger.

M. Josef. — Il faut considérer à la fois l'antisepsie et l'habileté de l'opérateur.

M. le Dr Roy. — Chez le malade que vient de nous présenter M. Amoëdo, il y avait plusieurs dents décalcifiées et d'autres non décalcifiées ; quelles sont celles qui se sont le plus vite consolidées? C'est le moyen de trancher la question soulevée par M. Josef, puisque les opérations ont été faites en même temps.

M. Amoëdo. — La consolidation est apparente ; mais je ne sais pas si elle est vraie ou mécanique. La paroi alvéolaire de la canine est très épaisse et celle-ci prit très vite ; je dus l'enfoncer à coups de maillet. Les deux incisives se sont consolidées aussi très vite. En mettant une dent sèche, il vaut mieux la décalcifier, mais peut-être que dans les cas cités par M. Josef, il a trop décalcifié la racine.

M. Josef. — J'ai fait une solution à 25 0/0 et le tissu superficiel a été décalcifié pendant 5 ou 6 minutes.

M. le Dr Roy. — La dent décalcifiée a mis plus longtemps à se consolider.

M. Francis Jean. — M. Amoëdo recourt aux ligatures et M. Josef préfère un appareil.

M. Josef. — Le tissu décalcifié se résorbait trop rapidement, l'alvéole devenait trop grand ; il fallait donc maintenir la dent, et c'est pour cela que j'ai fait l'appareil dont j'ai parlé, mais je n'ai pas été obligé d'y recourir dans le deuxième cas.

M. Godon. — M. Amoëdo a-t-il vu des cas où, au lieu d'une ostéite condensante, il se soit produit une ostéite raréfiante ?

M. Amoëdo. — J'ai vu un cas où la racine fut en quelque sorte dévorée. J'enlevai la dent et j'en mis une autre, mais je crois que j'avais trop décalcifié dans ce cas.

M. Godon. — Ces indications sont fort utiles, car nous apprenons autant par le récit des insuccès que par celui des succès.

M. Amoëdo. — En résumé, mes deux modes d'action principaux sont l'antisepsie de la bouche et un appareil de maintien inamovible.

M. Francis Jean. — Combien de temps celui-ci reste-t-il en place ?

M. Amoëdo. — Deux ou trois mois.

M. Godon. — Une de vos dents est presque noire.

M. Amoëdo. — Parce que j'employais le bichlorure de mercure.

M. le Dr Sauvez. — Je remarque une chose dans les implantations que nous présente M. Amoëdo, c'est que, quoique ces dents soient dévitalisées, elles n'ont pas changé de couleur ; si nous avions fait cela dans la bouche d'un malade, la dent serait devenue bleue. Comment cela se fait-il ?

M. Francis Jean. — Je n'ai jamais vu de dent atteinte de carie du 3e degré donner une décoloration marquée si le traitement a été conduit rigoureusement. Je fais une différence considérable entre la décoloration et l'opacité qui résulte toujours, plus ou moins, de l'ablation de la pulpe. L'intensité de cette opacité est subordonnée au degré de calcification de l'organe.

M. le Dr Sauvez. — Une dent dévitalisée devient bleue.

M. le Dr Roy. — Il est incontestable que, lorsque l'on traite un troisième degré, quelque soin qu'on observe, la dent prend une teinte bleutée. J'explique celle-ci par une sorte d'épanchement sanguin dans la dent (quoique ce terme ne soit pas tout à fait exact), quelque chose d'analogue aux ecchymoses cutanées, et cette coloration est plus marquée dans les dents où l'on a mis de l'acide arsénieux ; dans ces dents, en effet, on trouve le renflement pulpaire très congestionné.

Pour éviter cette décoloration, il y a avantage à enlever le nerf sans acide arsénieux.

M. Godon. — J'ai présenté ici, il y a deux ou trois ans, une transplantation. Dans ce cas, avec intention, je n'avais pas enlevé les nerfs de la racine et j'ai laissé tremper celle-ci dans un liquide antiseptique. La dent qui était bien consolidée, et rendait à la percussion ce son clair particulier bien connu, avait gardé sa couleur normale.

M. le Dr Roy. — Cela faisait même contraste avec une dent voisine dévitalisée (mais non transplantée) et qui était très bleue.

M. Dubois. — A propos de la proposition de M. Amoëdo, j'exprime le souhait que M. Amoëdo fasse un résumé des opérations qu'il a exécutées depuis quelques années pour le soumettre au Congrès de Bordeaux.

J'appuie la remarque de M. Godon, que les opérations de M. Amoëdo semblent jusqu'ici donner des résultats supérieurs à ceux obtenus par Younger aux Etats-Unis.

Une société professionnelle avait fait une enquête sur les résultats des implantations et je crois me souvenir que les insuccès étaient comptés pour 25 0/0. En dehors des soins d'antisepsie minutieuse employés par M. Amoëdo, je vois surtout un élément nouveau dans l'opération telle qu'il la pratique, la décalcification superficielle de la racine ; cela donne à croire que cette décalcification est, pour la plus grande part, la cause des succès obtenus par lui.

Quant à la décoloration, il faut distinguer entre les dents à pulpe mortifiée après carie et traitement, et celles où la mortification s'est faite sans qu'il y ait ouverture à l'extérieur, comme dans les dents saines ayant subi un traumatisme.

Dans ce dernier cas, la décoloration est tardive et peu accusée, parce qu'il n'y a pas infection, parce qu'il n'y a pas action des médicaments coagulants. Il est donc probable que les dents implantées se comportent comme les dents à pulpe morte sans qu'il y ait eu ouverture à l'extérieur, et c'est à mes yeux la principale raison de leur faible décoloration.

M. Francis Jean. — Il faut considérer le degré de calcification des dents. La dentine dense n'est pas favorable aux infiltrations pathologiques. Vous avez pu constater des décolorations différentes parmi les dents implantées de M. Amoëdo.

M. Amoëdo. — Deux dents seulement sont décolorées.

M. le Dr Roy. — La décoloration ne se produira pas fatalement, ainsi que le pense M. Dubois ; les dents implantées ne sont pas dans le même cas que des dents ayant subi un traumatisme. Dans celles-ci, en effet, la pulpe est restée dans la dent et elle est soumise à toutes les causes d'infection habituelles, tandis que dans les dents implantées par M. Amoëdo, la pulpe n'existe plus et est remplacée par un mélange imputrescible.

M. Godon. — Il n'y a pas de décoloration d'une façon constante, puisqu'on rencontre souvent des dents mortes sans décoloration sensible. D'autre part, la teinte varie également : certaines dents sont presque noires, d'autres ont une coloration rouge.

M. Dubois. — Si la décoloration est peu accusée, le traumatisme est peu ancien.

M. le Dr Roy. — Ainsi que le faisait observer tout à l'heure M. F. Jean, ce sont les différences de densité des tissus dans la dent qui expliquent la différence de coloration suivant les cas. En effet, si vous observez une dent dont la pulpe s'est mortifiée par suite d'abrasion mécanique, le changement de coloration est très faible, tandis qu'au contraire il est très accusé dans les dents d'enfants mortifiées par suite de traumatisme ; dans le 3e degré il y a plus de décoloration.

II. — Présentation d'une seringue et d'une pointe-cautère pour stériliser les dents mortes, par M. Amoedo.

M. Amoëdo. — La pointe que je vous présente est destinée à stériliser les dents mortes et à détruire les filets nerveux qui restent dans les racines. C'est un fil d'argent qui est monté sur une pointe-cautère, le même pas de vis sert pour le thermo-cautère Paquelin et celui de Paulme. L'introduction de l'instrument une seule fois suffit pour faire disparaître la sensibilité. Les instruments employés actuellement présentent l'inconvénient de brûler les lèvres, les doigts et les vêtements.

Discussion

M. Godon. — La pointe d'argent est ingénieuse. Il y a dix ans, j'ai fait des essais sur le galvano-cautère avec des fils de platine qui se joignaient vers le milieu, mais il y avait un refroidissement très rapide, et avec le platine nous n'arrivions pas à avoir de la chaleur jusqu'au bout de la pointe.

M. Amoëdo. — Aucun métal ne m'a donné le même résultat que l'argent, car la pointe ne se refroidit pas.

III. — Présentation d'un moteur électrique, par M. Ott.

M. Dubois. — Il y a quelques jours, M. Viau et moi nous avons reçu la visite de M. Ott, représentant de la maison Kölliker, de Genève, qui nous a soumis un moteur électrique pour divers instruments dentaires, et nous l'avons engagé à venir vous les présenter ici.

M. Ott. — Je vous présente un moteur électrique pour instruments dentaires, mais comme je n'ai pu réussir à avoir des accumulateurs, je ne puis le faire fonctionner ici. La colonne n'existe pas dans une installation définitive et on voit seulement la corde qui communique avec le moteur. Avec une pédale on ouvre le courant et un rhéostat le diminue quand on veut obtenir la lumière. Le bras de White et sa pièce à main sont montés sur le moteur. On peut adapter le miroir à bouche, le cautère, la seringue à air chaud, un ventilateur pour ventiler le cabinet, le réflecteur Telschow sur l'appareil que je vous présente.

Discussion

M. Dubois. — J'ai vu l'appareil en plein fonctionnement et il me paraît supérieur à celui qui nous a été présenté par M. Heller. Les divers dentistes qui ont des installations électriques se plaignent généralement du bruit ; or celle-ci en fait peu, car l'appareil a un frottement très doux. Mais j'ai peur qu'on ne puisse avoir un cautère assez fort et qu'on soit obligé de recourir à l'accumulateur, parce que le cautère est un instrument qui exige beaucoup d'électricité.

M. Ott. — On peut aller jusqu'à 30 ampères et on est forcé d'amoindrir le courant par un rhéostat.

M. Dubois. — Vos résistances sont faites pour les lampes ; pour les cautères un peu forts le courant de la Ville ne donne généralement pas assez d'électricité.

Le mode d'attache, la potence, a peut-être plus d'inconvénients que le support fixe ; mais c'est là un point secondaire et qui n'enlève aucun avantage à l'instrument qui est sous nos yeux.

M. Ott. — Avec un moteur parfait vous n'avez pas de bruit.

M. Dubois. — Celui-ci n'en donne pas, je suis heureux de le constater ; est-ce parce qu'il est tout neuf ? Il est plus fort que celui de M. Heller. En matière d'électricité, nous en sommes encore à la période des tâtonnements et il faut que nous soyons à même de faire des comparaisons et de présenter des objections.

M. le Dr Sauvez. — Peut-on l'arrêter instantanément ?

M. Ott. — On obtient un arrêt immédiat.

M. Godon. — Quelle est la main employée ?

M. Ott. — Le numéro 7 de White.

IV. — Présentation d'un nouvel or a aurifier, par M. Ott.

M. Ott. — Je vous présente également un nouvel or, dû à M. de Trey, de Bâle, qui n'exige pas de points de rétention et qui peut s'employer comme l'amalgame.

DISCUSSION

M. Dubois. — Cet or a de grandes ressemblances avec l'or cristallisé de Nedden, qui nous fut présenté, il y a une dizaine d'années, par M. Duchesne.

En général, l'or cristallisé donne de très bons résultats, en apparence il est très adhérent, d'emploi très facile; mais si la masse insérée est peu grosse, elle est spongieuse au centre, ses molécules ont un lien assez lâche. Du reste, on comprend qu'il ne peut avoir les qualités de la feuille d'or, que le laminage, puis le battage ont rendue très cohérente. Je ne connais pas par expérience l'or de M. de Trey, et ce que je dis ne s'adresse qu'aux formes d'or cristallisé déjà connues de nous.

M. Ott. — Je me propose de faire des expériences au Congrès de Bordeaux.

M. Godon. — Je reviens à l'or en feuilles pour les aurifications, car l'or de Wolrab donne de moins bons résultats ; si l'on peut se servir de celui-ci pour commencer et pour la plus grande partie, il faut terminer avec l'or en feuilles.

V. — COMBINAISON DE CRÉOSOTE ET DE COCAÏNE, PAR M. GODON.

M. Godon. — J'ai essayé d'incorporer la cocaïne à la créosote de hêtre pour la destruction des filets nerveux. La créosote me donnant de bons résultats, je suis arrivé à y faire entrer 50 0/0 de cocaïne, soit à l'état de chlorhydrate, soit à l'état pur. Les mèches plongées dans le mélange et introduites dans le canal produisent une insensibilité presque complète. J'ai fait des expériences avec les deux substances séparément et la sensibilité est plus atténuée quand elles sont combinées.

DISCUSSION

M. le Dr Sauvez. — J'emploie un mélange de chlorhydrate de cocaïne et de glycérine.

M. de Marion. — J'emploie la cocaïne avec l'essence de géranium qui est un peu anesthésique.

M. Godon. — J'abandonne difficilement la créosote à cause de son action antiseptique.

M. le Dr Sauvez. — La cocaïne est antiseptique.

M. Dubois. — Avec une solution de cocaïne dans la glycérine, obtenez-vous l'anesthésie et l'extirpation indolore de la pulpe ?

M. Francis Jean. — Je me sers depuis six ans du mélange dont parle M. Sauvez et j'en obtiens de bons résultats. La glycérine se mélange facilement au liquide de l'irrigation, cela permet l'évacuation des canaux radiculaires.

J'ai employé la cocaïne associée à d'autres médicaments, mais ils produisaient tous un putrilage avec les débris pulpaires qu'il était difficile de faire disparaître.

M. Dubois. — A anesthésie égale je préfère la glycérine à la

créosote parce qu'elle n'est pas irritante ; au point de vue de la douleur, on obtient suppression de celle-ci avec l'acide sulfurique cocaïné. Dans toutes les applications il y a un peu de douleur ; en avez-vous avec l'essence de géranium ?

M. de Marion. — Aucune. Je passe une sonde sans coton, trempée dans le mélange ; mais je n'extirpe jamais la pulpe le jour même : je mets un tampon d'acide phénique et le laisse quatre jours. Je trempe une sonde dans le mélange, je l'introduis dans le canal, je tourne deux ou trois fois, et il est bien rare que je manque mon nerf.

M. Dubois. — Il est évident que si l'on établit une gradation, le mélange de créosote est le plus irritant, ensuite celui d'essence de géranium et enfin celui de glycérine ; c'est donc celui-là qui devra être préféré ; l'acide sulfurique cocaïné donne de bons résultats, néanmoins je l'emploie avec méfiance à cause de son action trop énergique.

VI. — Communications diverses, par M. Loup.

M. le Dr Roy. — Je vais vous donner lecture de deux communications adressées par M. Loup, qui est empêché d'assister à la séance.

M. le Dr Sauvez. — Le règlement dit-il qu'un membre peut faire lire des communications à une séance où il n'assiste pas ?

M. le Dr Roy. — Non, mais cela se fait.

M. le Dr Sauvez. — Pour les membres de province, oui, mais non pour ceux de Paris, sans quoi il ne peut pas y avoir de discussion, ce qui est souvent la chose la plus intéressante.

M. Dubois. — L'ordre du jour étant très chargé et l'heure avancée, on peut remettre ces communications au mois prochain.

M. Francis Jean. — Je consulte l'assemblée sur le point de savoir si elle désire ajourner ces communications à la séance de juillet.

L'assemblée, consultée, se prononce pour l'affirmative.

VII. — Des obturations combinées, par M. Dubois.

M. Dubois fait une communication sur ce sujet (V. le n° de mai).

Discussion

M. le Dr Sauvez. — J'ai fait quelques obturations combinées et je m'en suis très bien trouvé.

M. Francis Jean. — En fait d'obturation mixte, je suis partisan du ciment et de l'or pour les caries avancées du 2e degré. Ce procédé simplifie l'aurification qui garantit le ciment contre l'usure et l'action de la salive.

M. Dubois. — J'ai peur qu'avec le ciment il n'y ait désagrégation ultérieure.

M. le Dr Roy. — Si le ciment ne s'usait pas, ce serait peut-être la meilleure substance obturatrice, par ses qualités d'adhérence, et si vous garantissez la surface avec de l'or, vous combinez les avantages du ciment et ceux de l'or.

M. Cecconi. — Les obturations faites avec des émaux à base d'arsenic sont-elles nuisibles à la dentine ?

M. Dubois. — Les émaux employés pour faire les obturations de verre contiennent surtout des sels de plomb qui abaissent le point de fusion et je crois que, s'ils renferment de l'arsenic, ce ne peut être à dose nuisible.

M. Cecconi. — On m'a affirmé qu'ils sont à base d'arsenic.

M. Dubois. — Il y a une légende sur la nocivité de l'arsenic que je combattrai le jour où cette question sera mise à l'ordre du jour.

M. le Dr Roy. — Le morceau d'émail est fixé avec du ciment et n'est pas en contact avec la dentine.

VIII. — Le congrès de Bordeaux.

M. Dubois. — Nous approchons du congrès de Bordeaux, qui promet d'être une manifestation très intéressante pour l'art dentaire français et pour la Société d'Odontologie qui en est l'initiatrice. Il faudrait que chacun de nous s'efforçât d'y aller et d'y apporter des communications. Il serait bon que, dès à présent, nous eussions les adhésions pour prendre nos dispositions en conséquence.

M. de Marion. — A qui faut-il s'adresser pour les communications?

M. Dubois. — Il faut d'abord s'inscrire et remettre ses communications au bureau du Congrès. Nous désirons faire les choses très largement : accompagner de projections à la lanterne les travaux qui le comporteront, avoir des démonstrations pratiques, choisir des sujets pour les cas spéciaux — pour les implantations, par exemple, il faut être averti à l'avance — et tout cela exige du temps.

M. Francis Jean. — Nous ne pouvons que prier les membres de la Société de nous amener des membres à ce Congrès qui s'annonce déjà très bien.

IX. — Déformation du maxillaire inférieur consécutive a une nécrose étendue, par M. Francis Jean.

M. Francis Jean donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. d'autre part) et présente le modèle.

Discussion

M. le Dr Sauvez. — Y a-t-il eu fistule cutanée ?

M. Francis Jean. — Non.

X. — Hémorragie grave consécutive a l'extraction d'une dent, par M. le Dr Roy.

M. le Dr Roy donne lecture d'une note sur ce sujet (V. *Travaux originaux*).

XI. — Présentation d'une anomalie, par M. Schiess.

M. Francis Jean. — Je présente à la Société, de la part de M. Schiess,

le moulage du maxillaire supérieur d'un homme âgé de trente ans, d'une force et d'une taille herculéennes, avec l'anomalie de disposition que M. Magitot appelle *diastolie.*

La séance est levée à minuit cinq.

Le secrétaire général,
Dr Maurice Roy.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Réunion du 7 mai 1895.

Présidence de M. Ducournau, président.

La séance est ouverte à 8 heures 3/4.

M. Amoëdo présente une seringue de son invention permettant de faire d'une façon pratique l'asepsie des racines.

M. Insall signale divers modes de traitement préconisés par quelques dentistes américains et notamment l'emploi de l'acide sulfurique dans le traitement des racines, suivi d'obturation immédiate.

M. Damain communique une lettre de la Faculté de médecine réglementant la situation des élèves de l'Ecole.

M. Ducournau rend compte des travaux de la commission nommée pour réviser les statuts de la Société de prévoyance des dentistes de France et engage les membres de la Société à se rendre en nombre à l'assemblée du 6 juin consacrée à cette œuvre philanthropique.

Il fait part ensuite d'une entrevue qu'il a eue avec M. Dubois au sujet de l'entente avec le comité d'organisation du congrès de Bordeaux. Les intérêts de la profession étant en jeu, les membres de la Société sont invités à donner leur adhésion.

La Commission chargée de visiter l'installation de M. Franchette témoigne sa satisfaction des inventions qui lui ont été présentées et qui feront l'objet d'un rapport ultérieur.

M. le Dr Nux, de Toulouse, présente un séquestre du maxillaire inférieur, puis une dent trouvée dans un kyste de l'ovaire.

M. Fay présente un ostéome radiculaire.

M. Colgrave, élève de seconde année, présente le moulage d'une bouche pris sur un enfant de 9 ans. L'enfant, quoique âgé de 9 ans, possède toutes ses dents de seconde dentition; il ne reste aucune dent de lait et les incisives sont d'une largeur démesurée.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

(Extrait de la *Revue odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 18 février 1895.

Présidence de M. MAGITOT, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

M. Magitot revient sur la correction des anomalies de direction. On reproche à la méthode de la rotation brusque d'amener la mortification de la pulpe ; s'il en était ainsi, il faudrait abandonner le procédé. Mais M. Magitot a redressé une incisive centrale supérieure en rotation de 45°, poussée seulement à hauteur du milieu de la couronne ; tournée sur son axe, non seulement la pulpe ne fut pas détruite, mais la dent continua à se développer et acquit la longueur de sa voisine.

On a voulu comparer la rotation brusque à une contusion ; or une contusion produit la mortification de la pulpe, tandis que la rotation ne produit qu'une torsion et, quand on tourne la couronne de 45°, celle-ci, en raison de sa largeur, parcourt un grand trajet, mais le sommet de la racine, au niveau du point où le pédicule vasculo-nerveux pénètre dans la dent, ne subit qu'un déplacement insignifiant.

Seules les incisives et les canines supérieures se prêtent au traitement par la rotation brusque, qui ne convient pas aux incisives et aux canines inférieures à cause de leur forme aplatie latéralement. Il en est de même dans certains cas d'anomalies mixtes.

En somme, la rotation brusque ne peut être appliquée qu'à six dents, mais reste une très bonne opération. Elle cause, il est vrai, une vive émotion ; mais au bout de 48 heures il n'y paraît plus et le résultat est rapide et durable.

M. Gaillard a observé aussi la mortification de la pulpe à la suite d'une faible contusion des dents.

M. Cruet partage l'opinion de M. Magitot sur la valeur de la rotation brusque, mais il est moins affirmatif quant au sort de la pulpe. Il y a des cas douteux où il est difficile de dire si la pulpe est conservée ou non. Quand la pulpe est morte à l'abri des germes infectieux, on observe un état stationnaire qui peut persister fort longtemps. M. Cruet a pratiqué 7 ou 8 rotations brusques avec conservation de la pulpe, 2 ou 3 où la pulpe est morte manifestement sans donner lieu à accident, et cela pendant des années ; quelques autres où, sans qu'on puisse dire que la pulpe est détruite, la vitalité de la dent semble avoir été altérée.

M. Cruet fait une communication sur la GREFFE DENTAIRE DANS DEUX CAS DE PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE AIGUE AVEC ABCÈS ET FLUXION (Guérison).

La greffe dentaire, sous sa forme la plus fréquente, la *greffe par restitution*, est devenue une des opérations les plus usuelles de la chirurgie dentaire.

Obs. I. — M. P..., 32 ans, se présenta en mai 1894 chez moi pour une extraction urgente. Tuméfaction considérable de la région de la lèvre supérieure soulevée et gonflée ; abcès fluctuant assez volumineux au-dessus de l'incisive latérale supérieure droite. Cette dent, allongée et mobile dans son alvéole, était extrêmement douloureuse au choc. Trois mois auparavant, j'avais déjà ouvert un abcès produit à peu près dans les mêmes conditions sur la même dent. L'incisive latérale, autrefois plombée je ne sais où, n'avait pas tardé à être atteinte de périostite du sommet et des accidents graves qui en sont souvent la suite. Après l'ouverture du premier abcès les choses étaient à peu près rentrées dans l'ordre. Le malade revenait pour une récidive plus grave et voulait cette fois être débarrassé de sa dent.

Je me trouvais en face d'une périostite suraiguë, avec abcès, fluxion et douleurs intolérables. Je me proposai immédiatement d'enlever la dent et de la réimplanter, même dans ces conditions défavorables.

J'ouvris d'abord l'abcès, qui donna issue à une certaine quantité de pus, et le lavai au sublimé ; puis je procédai à l'extraction de la dent, profondément altérée au sommet, avec poche épaisse, déchirée, à paroi couverte de pus ; lavages de l'alvéole au sublimé ; le liquide put heureusement ressortir par l'abcès extérieurement et le trajet purulent se trouva parfaitement détergé et antiseptisé. Du côté de la dent, résection du sommet et de la poche purulente, agrandissement du foramen et obturation à l'amalgame. La dent étant encore assez bien obturée latéralement, je laissai le plombage ; léger savonnage de la racine et lavage au sublimé.

Malgré la cocaïne, l'extraction, quoique facile, avait été douloureuse et, quand j'essayai de remettre la dent en place, la rentrée en fut si douloureuse que M. P. me secoua la main, fit tomber la dent dans la cuvette, ne voulut plus entendre parler de réimplantation et se retira. Une minute après il revient, disant qu'il a réfléchi, mais veut remettre sa dent lui-même, convaincu qu'il se fera moins de mal. J'y consens, je lave et j'aseptise la dent de nouveau et la remets au malade que je laisse seul. Cinq minutes après la dent était en place et, après un lavage, je laissai partir mon patient.

J'ai revu M. P. pour d'autres soins il y a peu de temps : la dent est dans un état parfait, ainsi que les parties voisines.

Obs. II. — Il s'agit d'une première prémolaire inférieure gauche chez un jeune homme de 28 ans, M. G. Périostite aiguë, extrêmement douloureuse, avec flexion et abcès proéminent du fond du sillon gingivo-labial ; dent plombée et drainée par moi-même quelques mois auparavant, à la suite d'accidents de périostite ; renouvellement et aggravation de ces accidents avec nécessité d'une intervention décisive cette fois. Le malade demandant l'extraction de sa dent, je lui fis accepter l'idée de la réimplantation. Même marche dans les manœuvres que dans le premier cas : emploi de la cocaïne, ouverture de l'abcès gingival et lavages de la poche, extraction de la dent, pourvue à son sommet d'un sac purulent déchiré ; lavages antiseptiques de l'alvéole sans communication apparente avec la poche de l'abcès, résection du sommet de la racine, agrandissement du foramen, lavage des canaux par un courant de sublimé passant par le drainage, remise en place de l'organe. Le surlendemain la dent était encore mobile, allongée et un peu douloureuse, la réimplantation avait été suivie pendant quelques heures de douleurs violentes ; deux jours plus tard, la dent, plus solide, était moins douloureuse, pas de gonflement circonvoisin ; huit jours plus tard, consolidation assurée, sans accidents.

Nous savions tous que la greffe dentaire autoplastique pour les cas de périostite chronique du sommet, avec ou sans abcès et fistule, est une ressource souvent utile, nécessaire même pour la guérison, donnant presque toujours les meilleurs résultats. La démonstration était peut-être encore à faire pour le cas de périostite aiguë, avec fluxion, abcès et tous les accidents aigus et infectieux. La réimplantation paraît donc indiquée dans ces cas aussi. Pourquoi, dans ces cas, ne pas toujours tenter une greffe qui peut amener la conservation des organes, sans accidents? Le préjugé chirurgical qui empêche nombre de praticiens d'enlever les dents lorsqu'elles donnent lieu à des accidents aigus et infectieux entrave probablement aussi l'idée même d'une réimplantation qui, dans leur pensée, peut encore ajouter aux complications.

DISCUSSION

M. Rodier a pratiqué deux réimplantations dans des cas analogues à ceux de M. Cruet : l'une il y a 6 ans, l'autre il y a 4 ans.

M. Magitot n'a pas tenté la réimplantation dans ces conditions. Comme il est douloureux d'opérer dans un foyer inflammatoire, jusqu'ici, avant de tenter la greffe, il attendait que la poussée aiguë fût calmée.

M. Cruet fait remarquer que dans les cas aigus il faut remettre la dent en place. Quand il s'agit d'une dent antérieure, on ne doit pas reculer en face des accidents les plus graves, puisque dans ces conditions on obtient de beaux succès.

La réimplantation réussit moins bien sur les prémolaires inférieures que sur les autres dents. Peut-être faut-il l'attribuer à ce que les racines de ces dents sont extrêmement longues et dépassent le sillon gingivo-labial? Dans les deux cas d'insuccès notés par lui, il s'agissait de prémolaires inférieures, et pourtant tous les soins avaient été pris.

La séance est levée à 10 heures un quart.

(Extrait de la *Revue de stomatologie.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PATENTÉS DE 1892

Nous recevons l'importante communication suivante :

MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR

Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques.

4e bureau
Hygiène publique.

Exercice de l'art dentaire. Application de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 17 *juillet* 1895.

Monsieur,

Ainsi que vous me l'avez demandé par votre lettre du 25 avril, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance l'interprétation donnée par le conseil d'Etat à l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892, aux termes duquel « le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ».

La haute assemblée a jugé qu'il n'y a pas lieu de faire bénéficier de cette disposition :

1° Les dentistes qui, s'ils n'étaient pas inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ont cependant payé la patente à partir de cette date, comme ayant figuré sur un rôle qui a produit effet à partir du 1er janvier 1892. Il résulte en effet des travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892 qu'en affranchissant de l'obligation du diplôme les dentistes inscrits à la patente au 1er janvier 1892, le législateur n'a entendu faire bénéficier de la disposition transitoire que les praticiens qui justifiaient qu'ils exerçaient antérieurement à cette date.

2° Les dentistes qui allèguent avoir exercé avant 1892, en même temps que l'art dentaire et dans le même établissement, une autre profession à raison de laquelle ils ont été seulement inscrits au rôle des patentes par application de l'article 7 de la loi du 15 juillet 1880, attendu que le fait d'avoir exercé l'art dentaire antérieurement à cette date n'est pas susceptible d'être établi par un mode spécial de justification de nature à suppléer à la formalité prescrite par l'article 32.

3° Les sages-femmes qui ont accessoirement joint à leur profession celle de dentiste, pour ce motif qu'en vertu de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, les sages-femmes ne sont pas imposables en cette qualité à la contribution des patentes et que, dès lors, celles qui n'ont pas été imposées comme dentistes ne peuvent pas réclamer la faveur de continuer cette dernière profession.

4° Les praticiens qui n'ont été à aucune époque inscrits au rôle des patentes et qui, étant sous les drapeaux le 1er janvier 1892, ne pouvaient l'être à cette date.

Le conseil d'Etat a, au contraire, émis l'avis que le bénéfice de l'article 32 pouvait être accordé :

1° Aux dentistes associés secondaires d'une société en nom collectif, exemptés de tout droit en vertu des lois des 15 juillet 1880 et 8 août 1890, et qui se sont établis depuis le 1er janvier 1892 à leur compte ou voudraient s'établir dans l'avenir, s'il leur est possible à la fois de prouver par la production d'un acte ayant date certaine qu'ils faisaient partie d'une société formée antérieurement au 1er janvier 1892 et de justifier qu'à cette date l'associé principal était inscrit au rôle des patentes.

2° Aux dentistes qui, exerçant en 1891, avaient demandé dès cette époque leur inscription à la patente et n'avaient pas été inscrits au rôle par suite d'une omission de la part de l'administration.

3° Aux dentistes qui, patentés antérieurement au 1er janvier 1892, n'ont pas été inscrits à cette date par suite de circonstances accidentelles ou temporaires, s'ils établissent que c'est par un cas de force majeure qu'ils n'ont pas été inscrits au 1er janvier 1892 et justifient par la production d'une patente antérieure à cette date qu'ils exerçaient leur profession avant l'époque fixée par le législateur.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma considération.

Pour le ministre de l'intérieur,
Le conseiller d'Etat, directeur
de l'assistance et de l'hygiène publiques,
R. Monod.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Pour la première fois les dentistes français sont conviés à se réunir en un Congrès National, pour examiner les progrès accomplis dans les diverses branches de leur art et en provoquer d'autres.

Les adhésions reçues jusqu'à ce jour montrent que tous ceux qui ont le souci des intérêts généraux de leur profession se trouveront au rendez-vous. Cette grande réunion s'annonce sous les plus heureux auspices. Elle ouvre une nouvelle ère professionnelle en établissant une collaboration entre tous les dentistes des différents points de l'horizon.

Elle constituera une revue des idées et des hommes, où doivent figurer tous ceux à qui le suffrage de leurs confrères a donné une mission dirigeante, tous ceux qui ont la noble ambition de prendre place à l'avant-garde de la profession. Et nous sommes convaincus que l'indifférence en pareille circonstance sera jugée une désertion, une diminution d'influence, ainsi que la perte de l'occasion d'augmenter son acquit intellectuel et professionnel.

Voici le programme des différentes journées :

VENDREDI 16 AOUT

Ouverture du Congrès sous la présidence de M. N.. , à 9 heures. Grand amphithéâtre de l'Athénée.

Allocution du président du bureau local ;
Constitution du bureau national ;
Allocution du président ;
Rapport du secrétaire général ;
Rapport du trésorier ;
Adoption des Statuts ;
10 h. à 12 h. Démonstrations pratiques ;
2 h. à 5 h. Communications orales ;
A 3 h. 1/2 précises. Discussion de la question proposée : « Nouvelles méthodes et appareils de redressement ».

Rapporteur : M. Martinier.

A 9 h. Punch offert par les adhérents de Bordeaux aux congressistes.

SAMEDI 17 AOUT

De 9 h. à 12 h. Démonstrations pratiques ;
De 2 à 5 h. Communications orales ;
A 3 h. 1/2 précises. Discussion de la question proposée : « De l'organisation de l'enseignement dentaire en province ».

Rapporteur : M. Dubois.

5 à 7 h. Visite à l'Exposition.

DIMANCHE 18 AOUT

De 9 h. à midi. Séance de clôture ;
Propositions de révision des statuts ;
Propositions et adoptions de vœux ;
Fixation de la ville où siégera le Congrès de 1896 ;
Election du bureau National pour 1896 ;
7 heures du soir. Banquet du Congrès.

LUNDI 19 AOUT

Excursion à Arcachon.
7 h. 45. Départ gare Saint-Jean.
1 h. Déjeuner.
5 h. soir. Retour.

NOUVEAUX ADHÉRENTS *(Suite).*

Aguilar	Cadix.	Fache	Toulouse.
Baril	Bordeaux.	Gabard	Bordeaux.
Barthelotte	Pamiers.	Heady-Highlands	Madrid.
Benoît	Bordeaux.	Houdié	Toulouse.
Bohl	Castres.	Mamelzer	Paris.
Bouvet	Angers.	Meifren	Barcelone.
Brethenoux	Bordeaux.	Michel	Bordeaux.
Brigiotti	Paris.	Otaola	Bilbao.
Cautero	Bayonne.	Pastariano	Constantine.
Duperré fils	Limoges.	Perié	Toulouse.
Eustache Calvo	Madrid.	Pothier	Vichy.

Salmon............	Limoges.	Vauvillier..........	Toulouse.
Stévenin...........	Paris.	Vergel de Dios......	Paris.
Tourtelot (Dr).......	St-Fort-sur-Gironde.	Total.........	139.

Erratum : Dans la précédente liste, lire Muller de Vadeuveil et non de Lyon.

COMMUNICATIONS ANNONCÉES (*Suite*)

Godon. — *Nouveau procédé d'emploi de l'amalgame.*

Contribution à l'étude de l'enseignement dentaire en province.

Stévenin. — *Les pharmaciens doivent-ils exécuter les ordonnances des dentistes ?*

Dr Tourtetot. — *Présentation d'un instrument d'extraction principalement des dents de sagesse en cas de prismus.*

Choquet. — *Utilité de la photographie dans les recherches d'histologie et de bactériologie.*

De Marion. — *Du formaldéhyde et de son emploi.*

De l'odontopexie.

Muller. — *Démonstration avec l'or spongieux du Dr Detrey.*

Muller. — *D'une nouvelle pièce à main de Dill.*

D'un nouveau système de couronnes et travaux à pont mobile.

Seigle. — *Bec-de-lièvre compliqué avec observations.*

Dr Dunogier. — *Réception des experts dentistes à Bordeaux au XVIIIe siècle.*

Résultat de la médication thyronienne sur l'évolution dentaire dans le myxœdème.

Dr Roy. — *De l'élongation des dents dépourvues d'antagoniste.*

D'Argent. *Emploi du Coryl-Coryleur avec annexe perfectionnée.*

Porte-empreinte avec réfrigération.

Lemerle. — *Etude sur la densité des aurifications d'après les différents modes opératoires.*

CONDITIONS DE VOYAGE

En dehors des billets d'aller et retour, dont nous avons donné les conditions dans le n° de juin, les congressistes peuvent encore combiner des excursions en se servant *des billets individuels ou collectifs avec itinéraire tracé d'avance au gré des voyageurs.* Ces billets sont valables pour 30 jours jusqu'à 500 kil. ; 45 jours pour des parcours de 1.501 à 3.000 kil.

Un parcours de 1.600 kil. qui, d'après notre étude des conditions imposées par la Compagnie d'Orléans, est assez favorable si l'on veut faire un voyage aux bords de la Loire, aux plages de l'Océan et dans le centre de la France, coûte :

1re classe........................	123 francs.
2e —	92 —
3e —	67 —

Ces 1.600 kil. peuvent être pris au gré du voyageur sur les réseaux d'Orléans, de Lyon-Méditerranée, de l'Etat et de l'Ouest.

Cette combinaison est intermédiaire comme prix entre le billet d'aller et retour pur et simple, et le voyage circulaire aux Pyrénées dont les prix sont :

En 1re classe...................... 163 fr. 50
2e — 122 50

Ces itinéraires peuvent se varier à l'infini selon les intentions des congressistes. En voici un qui peut convenir à ceux d'entre eux qui n'ont pas de raisons particulières d'aller ici ou là.

Paris — Orléans — Blois — Tours — Poitiers — Angoulême — Bordeaux — Royan — Rochefort — La Rochelle — Niort — La Roche-sur-Yon — Nantes — St-Nazaire — Angers — Le Mans — Chartres — Paris.

Avec arrêts facultatifs, soit à l'aller, soit au retour.

Ces billets peuvent être demandés dans toutes les gares des réseaux participants. Ils doivent être demandés cinq jours au moins à l'avance.

Le paiement de la cotisation donnera droit à la publication des comptes rendus du Congrès.

Le rendez-vous général des Congressistes à Bordeaux sera au Café Anglais.

LA NOUVELLE LOI DENTAIRE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK

Le Parlement de l'Etat de New-York a voté, l'hiver dernier, une loi sur l'exercice de la dentisterie qui entrera en vigueur le 1er août 1895. Elle contient beaucoup de changements importants, et comme elle peut donner lieu à de fausses interprétations en raison de sa rédaction, dont les termes sont souvent compliqués, un commentaire en est indispensable.

L'histoire de la législation dentaire de cet Etat embrasse une période de 90 ans. La première loi votée ne fit guère qu'organiser une Société d'Etat et déterminer ce qu'était le dentiste autorisé, sans s'occuper de l'exercice de la profession. Le premier amendement, voté deux ans après, autorisait la Société d'Etat à conférer, après un examen subi devant sa Commission, le titre de maître (*master*) en chirurgie dentaire. Peu après, un autre amendement interdit l'exercice de la profession, quand il n'était pas régulier, sans prononcer de pénalités. Depuis lors la loi a été constamment modifiée.

Pour comprendre la loi de 1895 il faut savoir ce qu'est le Conseil des recteurs de l'Université de l'Etat de New-York. Cette Université n'en est pas une à proprement parler. Ce n'est pas un établissement d'enseignement et elle n'a pas de local : c'est simplement une fédération des établissements d'enseignement de l'Etat supérieurs à l'école communale. L'Université tient son pouvoir du Parlement et a un rôle de surveillance et d'administration. La direction des affaires est entre les mains d'un Conseil de 19 recteurs nommés par le Parlement pendant la session, de la même façon que les sénateurs des Etats-Unis, à vie et sans émoluments.

Ce corps existe depuis 111 ans, mais jusqu'à ces dernières années

ses fonctions étaient limitées. Maintenant toutes les écoles professionnelles sont placées sous sa juridiction et ces recteurs décident les programmes d'études et les conditions d'admission à celles-ci. Il peut accorder et annuler des privilèges et conférer les degrés. Les membres de ce Conseil sont soustraits à toute influence politique et n'occupent aucune autre fonction. Le droit et la médecine sont maintenant complètement sous leur direction en ce qui concerne l'enseignement et ils y ajoutent la dentisterie, la pharmacie, la médecine vétérinaire et toutes autres questions d'enseignement professionnel.

La loi dentaire de 1895 a été votée sur la demande de ces recteurs et repose sur cette idée que la dentisterie est une partie de la médecine. Les exigences sont presque les mêmes et la loi est calquée sur celle qui régit l'exercice de la médecine. Toutes les écoles dentaires de l'Etat sont sous la direction des recteurs qui seuls autorisent à pratiquer, comme ils le font pour la médecine. Les conditions imposées pour être étudiant en dentisterie sont les mêmes que pour les étudiants en médecine ; les examens pour la pratique sont dirigés de la même façon, au même endroit et à la même époque.

Quatre fois par an, sur tous les points de l'Etat où il existe une école faisant partie de la fédération de l'Université, a lieu l'examen des recteurs (*regents' examination*), subi d'après des règles fixes et dirigé par un delégué des recteurs. Tout le monde peut être admis sans frais à ces examens. Les diverses branches se groupent ainsi : langue et littérature, mathématiques, sciences physiques et naturelles, histoire, sciences morales, etc. Pour chacune des matières de ces divers groupes les questions sont préparées par la section des examens de l'Université d'Etat, transmises au délégué qui dirige l'examen et données à tous les candidats, y compris les élèves des écoles communales, avec obligation de répondre par écrit. Les réponses sont renvoyées à la section d'examens et pourvues de notes. Pour chaque branche dans laquelle le candidat a réussi, une carte d'admission du recteur (*regents' pass card*) est adressée au candidat avec un coefficient déterminé, suivant l'échelle de notes adoptée pour la matière. Quand le groupe est complet, un certificat du recteur de 10, 20, 30, 50 points ou plus est délivré. Ces certificats et ces cartes constituent le criterium d'après lequel les élèves sont appréciés. Un certain nombre de ces certificats ou cartes donne à un élève le droit d'être immatriculé dans une école supérieure, un collège ou une école professionnelle. Les élèves des écoles communales qui obtiennent une certaine note peuvent subir l'examen des recteurs et des bourses pour les académies et les écoles supérieures leur sont accordées.

L'art. 1er de la nouvelle loi dentaire décide que, seules, les personnes dûment qualifiées pourront exercer la dentisterie.

L'art. 2 détermine quelles personnes pourront être qualifiées et comment la qualification sera prononcée. Le Conseil actuel des censeurs de la Société dentaire de l'Etat de New-York deviendra le Conseil des examinateurs dentaires de l'Etat au 1er août 1895.

L'art. 3 porte que les membres seront, par la suite, nommés par les recteurs sur la désignation de la Société dentaire d'Etat.

L'art. 162 règle les examens. Les questions sont préparées par le Conseil des examinateurs, données aux candidats par un délégué des recteurs et traitées en même temps que les examens médicaux à New-York, Albany, Syracuse et Buffalo. Les réponses sont transmises au Conseil des examinateurs pour être jugées et recevoir des notes et le Conseil communique le résultat aux recteurs qui délivrent aux candidats admis une autorisation de pratiquer. Il n'y aura par la suite aucune autorisation de pratiquer dans l'Etat, en dehors de celle délivrée par les recteurs. Tous les gradués, de quelque école que ce soit, doivent subir cet examen.

Sauf quelques exceptions très limitées, ne pourront subir ces examens que les gradués des établissements qui demanderont, comme condition d'immatriculation après 1896, un certificat des recteurs de 50 points ou un certificat constatant que le candidat a suivi les cours complets d'une école supérieure dans un établissement enregistré par les recteurs comme représentant le niveau d'études convenable. Aucune école dentaire de l'Etat ne peut graduer un étudiant sans ce certificat des recteurs et aucun gradué d'un collège hors de l'Etat n'exigeant pas ce certificat ou son équivalent antérieurement à l'immatriculation ne pourra subir l'examen à la suite duquel la pratique est autorisée. Le candidat doit produire ce certificat avant l'examen ou prouver autrement aux recteurs qu'il possède la qualification voulue.

Les gradués d'une école de médecine enregistrée peuvent se présenter à l'examen après une année d'études dans une école dentaire dûment enregistrée. Cette obligation n'implique pas nécessairement un degré dentaire.

Toute personne pratiquant la dentisterie dans l'Etat doit se faire enregistrer par le greffier du comté dans lequel elle se propose de s'établir et cet enregistrement ne peut être opéré que sur présentation de son autorisation de pratiquer.

Une autorisation de pratiquer peut être suspendue ou retirée par les recteurs, à la demande du Conseil des examinateurs et sur la preuve que le porteur a manqué à la dignité professionnelle ou a une conduite immorale ou bien qu'il ignore sa profession ou qu'il est incapable.

L'exercice illégal est puni d'une amende de 250 francs au moins la première fois, de 500 fr. au moins et de 2 mois de prison au moins les autres fois.

Des pénalités plus graves sont édictées pour l'échange, la vente, l'offre d'échange ou de vente de diplômes ou de certificats destinés à conférer un degré ou une qualification pour pratiquer; pour usage ou tentative d'usage de tout diplôme, copie ou certificat acheté, frauduleusement délivré, contrefait ou altéré, soit en tant qu'autorisation ou prétexte d'autorisation pour pratiquer la dentisterie ou pour obtenir l'enregistrement en tant que dentiste; pour le port sans droit d'un degré en dentisterie ou l'usage d'imprimés contenant

indûment ce titre ; pour pratique sous un nom d'emprunt ou pour altération d'un diplôme ou d'un certificat dans un but frauduleux.

Il est interdit de pratiquer sous le nom d'un praticien qualifié ou d'exécuter une opération dentaire quelconque sans être enregistré ; toutefois les assistants mécaniciens peuvent travailler les matières et les étudiants exécuter des opérations en présence de leur patron ou de leur professeur et sous la surveillance immédiate de ceux-ci.

Les membres du Conseil dentaire des examinateurs peuvent imposer le serment en accordant à un postulant l'autorisation de pratiquer.

On remarquera que cette loi touche aux collèges des autres Etats dont les conditions préliminaires d'immatriculation ne sont pas à la hauteur de celles exigées dans l'Etat de New-York et que les doyens des collèges n'ont plus qualité pour admettre les étudiants. Cette loi aura pour effet d'élever le niveau dans l'Etat et, dans deux ans, des études complètes de deux années seront indispensables. Cette condition entraînerait beaucoup d'étudiants hors de l'Etat, si elle ne s'appliquait pas aux gradués de toutes les écoles semblables. Dans quelques années il n'y aura plus de dentistes ignorants dans l'Etat de New-York et il est vivement à désirer que les écoles des autres Etats adoptent le même système. Si l'Association nationale des Facultés l'impose à tous ses membres, nous aurons bientôt partout une profession éclairée et la dentisterie y aura gagné beaucoup en dignité et en savoir. Si elle ne le fait pas, l'Etat de New-York sera fermé aux gradués d'un grand nombre de nos écoles.

(*The dental practitioner and advertiser.*)

Il est à remarquer que, grâce à la forme fédérale du gouvernement des Etats-Unis, la loi sur l'exercice de l'art dentaire a été depuis près d'un siècle constamment perfectionnée. Elle a été modifiée selon l'état de la pratique de l'enseignement et de l'organisation professionnelle.

Enfin les dentistes sont les seuls à décider des aptitudes des aspirants à la pratique légale.

Que de pays du vieux monde auraient à s'inspirer en semblable matière de l'Etat de New-York !

CODE DE MORALE PROFESSIONNELLE DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE (Code of ethics) [1]

Art. 1er. — Devoirs des membres de la profession envers leurs patients.

1° Le dentiste doit accepter dans leur intégrité les obligations qu'il contracte, en exerçant sa profession, à l'égard du patient.

---

1. Nous croyons devoir publier ce document qui a été également inséré dans *Une Mission en Amérique* par MM. Godon et Ronnet.

Comme, dans la plupart des cas, celui-ci ne peut apprécier exactement la portée des opérations exécutées, le sentiment de droiture du dentiste doit être une garantie d'honnêteté dans l'exécution de celles-ci.

2° Le dentiste doit employer son influence à encourager un enseignement dentaire et médical convenable et à soutenir les idées justes des pouvoirs publics et la réglementation de l'art et de la science dentaires. Il ne faut pas s'attendre à ce que le patient ait une connaissance très étendue ou très complète des questions professionnelles. Le dentiste doit en tenir compte, expliquer patiemment beaucoup de choses qui peuvent être très claires pour lui-même. Il ne doit pas entretenir de fausses espérances en promettant le succès, lorsque celui-ci, par la nature du cas, est incertain.

Art. 2. — Conservation de la dignité professionnelle.

1° Dans ses rapports avec tout confrère et avec son patient, le dentiste doit agir d'après les règles rigoureuses de l'honneur et de la courtoisie. Sa conduite doit être telle que, si elle était imitée par tous, elle assure la confiance mutuelle de tous les dentistes.

2° La réussite d'un dentiste dépend de ses qualités morales, de ses connaissances scientifiques, de son travail et de ses capacités professionnelles. Mais les rapports des dentistes et des patients ne sont pas comme ceux des commerçants à l'égard de leurs clients. L'espèce de concurrence qu'on peut considérer comme honorable en affaires ne saurait exister entre les dentistes sans amoindrir leur utilité et sans abaisser le niveau de leur profession.

3° Si un praticien traite un patient pendant l'absence momentanée ou la maladie du dentiste habituel de celui-ci, en cas d'accident ou dans toute autre circonstance, il doit engager le patient à retourner chez ce dernier aussitôt que son confrère peut se charger du cas et le lui abandonner alors.

4° Il est indigne de la profession de recourir à la réclame, aux cartes, prospectus, affiches, enseignes appelant l'attention sur des travaux d'une nature particulière, sur la modicité des prix ou des procédés spéciaux d'opération, aux relations publiques de cas ou aux certificats dans des imprimés, d'aller de maison en maison pour solliciter ou exécuter des opérations, de répandre ou de recommander des remèdes secrets ou de faire des actes analogues.

5° La consultation doit être recommandée quand la responsabilité ou le doute l'exigent. Elle est dans l'intérêt du patient et lui assure l'avantage de l'habileté collective. S'il y a une différence d'opinion, la discussion doit être modérée et toujours confidentielle. Un dentiste appelé en consultation doit éviter avec soin de dire ou de faire quoi que ce soit de nature à diminuer la confiance du patient ou de sa famille dans le dentiste traitant.

(Dominion Dental Journal.)

LOI MODIFIANT L'ART. 1er DE LA LOI DU 23 MARS 1892 SUR L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR DANS LE CANTON DE GENÈVE.

Du 29 mai 1895.

Le Grand Conseil,
Sur la proposition d'un de ses membres ;

DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

Article unique. — L'art. 1er de la loi du 23 mars 1892, sur l'exercice de l'art de guérir, est modifié comme suit :

Art. 1er. — Nul ne peut exercer, dans le canton de Genève, les professions de médecin, chirurgien, pharmacien, dentiste, sage-femme ou vétérinaire, s'il n'y est autorisé par le Conseil d'Etat.

Pourront seuls obtenir cette autorisation :

a) Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, dentistes et vétérinaires qui, conformément aux dispositions de la loi fédérale, sont porteurs du diplôme fédéral ;

b) Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, dentistes et sages-femmes qui, à la suite de l'examen spécial prévu par la loi, ont obtenu le diplôme genevois ;

c) Les personnes vouées à ces professions qui, après des examens subis dans un Etat étranger, ont obtenu un diplôme les autorisant, sans restriction aucune, à pratiquer leur art dans le territoire de cet Etat, pour autant que la réciprocité est stipulée par un traité ;

d) Les professeurs titulaires des universités ou des écoles officielles suisses chargés d'y enseigner les différentes branches de l'art de guérir.

Toutefois, le Conseil d'Etat pourra, après avoir consulté la Faculté de médecine, dispenser d'une partie des examens les personnes munies de titres étrangers reconnus valables, mais en aucun cas elles ne pourront être dispensées des épreuves pratiques, ni exonérées de la finance d'examen.

L'autorisation du Conseil d'Etat sera refusée ou devra être retirée à toute personne ayant subi une condamnation infamante.

Le Conseil d'Etat est chargé de faire promulguer les présentes dans la forme et le terme prescrits.

Fait et donné à Genève, le vingt-neuf mai mil huit cent quatre-vingt-quinze, sous le sceau de la République et les signatures du Président et du Secrétaire du Grand Conseil.

Le Président du Grand Conseil,
Dr A. VINCENT.

Le Secrétaire du Grand Conseil,
Alex. TRIQUET.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CONSERVATION DES DENTS

ESSAI SUR L'HYGIÈNE BUCCALE

(Ayant obtenu la médaille d'or au Congrès dentaire de Chicago — Extrait)

Par M. Geo. Cunningham de Cambridge.

Il est impossible d'exagérer la valeur d'une bonne denture et d'une bouche saine. C'est là un point capital que l'on considère la denture comme un organe important de digestion, comme un facteur appréciable pour la phonation ou comme un ornement qui ajoute à la beauté du visage. Pourtant il n'est pas une partie de l'organisme qui ne soit aussi généralement négligée. Il n'est donc pas étonnant que la digestion, l'élocution et l'aspect de la grosse majorité de l'espèce humaine soient très sérieusement atteints par ce manque de soins qui n'a d'égal que l'ignorance de laquelle il résulte.

Il est hors de doute que la carie, cette maladie qui a pour effet de désagréger les tissus de la dent, a sa cause dans le manque de propreté, et c'est la carie qui est la maladie la plus répandue dans le premier âge et dans l'enfance.

Une communication de M. Fisher, de Dundee, à l'Association dentaire britannique en 1885 a signalé la nécessité de se livrer à un examen de la bouche des enfants des écoles et a provoqué un mouvement qui n'a fait que se développer depuis. Elle a eu pour résultat pratique la nomination d'une commission chargée de dresser un plan uniforme pour l'examen des dents des enfants des écoles dans tout le pays afin d'obtenir une statistique. Cette statistique a pour but de donner une connaissance plus exacte de l'état des dents des enfants à divers âges et de montrer les inconvénients dont les enfants souffrent fréquemment dans la croissance, ainsi que les résultats importants pour la santé future de l'individu.

La structure défectueuse des dents est la plus importante de toutes les causes prédisposantes de la carie. La dentine poreuse est plus rapidement détruite que celle qui est bien développée, résistante, parce que l'acide pénètre plus rapidement son tissu et qu'il faut moins d'acide pour compléter le processus de destruction.

On trouve d'ordinaire des fissures profondes sur la face triturante des dents postérieures, fréquemment sur les surfaces des dents voisines de la langue et plus rarement sur les autres faces. Ces fissures favorisent naturellement la rétention constante des détritus alimentaires et cela conduit à la carie. Si l'émail du reste de la dent est peu développé, le progrès de la maladie est le plus rapide. Souvent, par suite d'une inflammation quand la dent est en formation, l'émail, au lieu d'avoir une distribution égale sur la dentine,

présente une surface couverte de fissures ou de sillons profonds. Les dents ainsi affectées sont non seulement faibles, mais très vilaines ; quelquefois elles ont un grand pouvoir de résistance. On les appelle quelquefois *dents mercurielles*, parce que certains auteurs attribuent cet état à l'administration du mercure pendant l'enfance.

En suspendant la nutrition ou en la rendant momentanément imparfaite, certaines maladies de l'enfance peuvent produire ces imperfections de l'émail. Quelle qu'en soit la cause, le mal survient durant les premiers mois de la vie, où il suffit de peu de chose pour troubler l'harmonie fonctionnelle très instable de la nutrition, de la croissance et du développement.

La chute prématurée des dents de la première dentition est la cause de quelques irrégularités, mais leur conservation prolongée en cause bien plus, avec des effets beaucoup plus désastreux. Les racines de ces dents ne sont pas toujours complètement enlevées par le processus naturel et, par suite, les dents qui leur succèdent sont souvent empêchées de prendre leur position naturelle. La persistance des dents temporaires produit encore des effets plus fâcheux, car elles sont cariées d'ordinaire et présentent souvent un abcès chronique qui a sa source dans une carie négligée. La persistance prolongée des dents temporaires doit être considérée comme une cause de carie prédisposante, pour la seule raison qu'elle favorise la conservation des matières fermentescibles et empêche les dents d'être tenues propres, soit par la langue, soit par la mastication, soit par la brosse à dents. Un grand nombre de ces dents, pendant l'éruption, sont dans un tel état que les racines rugueuses et mortes font saillie et traversent souvent la surface intérieure de la joue ou de la lèvre.

Un retrait de la gencive ne laisse pas seulement à nu la partie de la dent qui n'est pas protégée par l'émail, mais permet aux détritus alimentaires de se rassembler autour du collet ou de pénétrer dans les poches résultant du relâchement des gencives. Cette situation, qui est une nouvelle cause de carie prédisposante, est caractéristique d'une époque ultérieure ; mais l'examen des dents des enfants des écoles établit que cette condition, quoique peu fréquente, se rencontre parfois dans le premier âge, accompagnée de dépôts de tartre qui peuvent être en quantité considérable. Cet état est dû uniquement au manque de soins de bouche. Un grand nombre de dents des enfants des écoles examinés étaient remarquablement propres dans bien des cas, quoique ces enfants ne se fussent jamais servis de la brosse à dents, ce qui prouve péremptoirement que la mastication convenablement faite et aidée par le mouvement des lèvres et de la langue contribue puissamment à tenir les dents propres et la bouche saine.

Bien des gens estiment qu'on peut hériter d'une prédisposition à la carie. On ne saurait nier qu'on hérite des dents mal développées et irrégulières et, à ce point de vue, on peut considérer l'hérédité comme une cause prédisposante de la carie.

En ce qui concerne les maladies générales qui sont d'ordinaire

considérées comme causes prédisposantes, nous partageons l'opinion de Miller : il faut plutôt les regarder comme des causes provoquant la carie, d'autant qu'elles donnent une réaction acide aux fluides de la bouche.

Parmi les causes de la carie il faut comprendre l'influence extérieure de maladies générales, telles que les scrofules, le rachitisme, l'indigestion, la fièvre, et d'autres telles que le rhumatisme, la goutte, etc., qui d'ordinaire n'attaquent pas l'homme dans la période de la vie scolaire. Toute maladie, locale ou générale, qui rend la salive acide, doit être regardée comme une cause provoquant la carie et appelle par suite une attention sérieuse à l'état de la bouche, afin de neutraliser l'acidité de la salive. Il convient donc de redoubler de soins pour tenir la bouche propre durant une maladie, tandis que d'ordinaire les précautions même les plus élémentaires sont souvent négligées. Même quand le patient ne peut pas se servir d'une brosse à dents, il y a avantage pour lui à se rincer la bouche avec un antiseptique.

La cause principale provoquant la carie est le changement chimique produit par des organismes infiniment petits dans les matières fermentescibles qui se déposent entre les dents et sur celles-ci. La carie est, suivant Miller, « un processus chimico-parasite comprenant deux phases distinctes : la décalcification ou le ramollissement des tissus et la dissolution des résidus amollis ». Les acides qui produisent la décalcification proviennent presque uniquement des substances amylacées et saccharines déposées dans les fissures et les défauts des dents et sur leurs faces, et qui y subissent une fermentation. Miller considère cet amidon et les autres substances de la même espèce comme plus nuisibles aux dents que le sucre, surtout parce que ce dernier, qui est aisément soluble, disparait bientôt ou est si bien dilué par la salive qu'il perd toute nocuité, tandis que les matières amylacées adhèrent aux dents plus longtemps et exercent par suite une action plus continue que le sucre. Les substances albumineuses fermentescibles mélangées à la salive ne développent qu'un peu d'acide, qui disparaît rapidement.

« La seconde phase de la carie — la dissolution de la dentine amollie par les bactéries — peut se voir au microscope. » La matière albumineuse contenue dans la dentine constitue un excellent milieu pour le développement des bactéries et le résultat en est que le tissu mou de la dent est dissous par le ferment des bactéries, comme le blanc d'œuf l'est par le suc gastrique. La rapidité du processus de destruction est proportionnelle à l'intensité de la fermentation qui se produit dans les cavités ou espaces où les aliments sont retenus et inversement proportionnelle au pouvoir de résistance de la substance de la dent.

La carie est due à des causes externes, son action destructive s'exerce de dehors en dedans, le plus rapidement et le plus complètement sur les tissus les plus riches en matières organiques, de telle sorte que la dentine, qui constitue la masse de la dent, est plus rapidement détruite que l'émail ; la cause externe principale, c'est

la présence de ces organismes infiniment petits connus sous le nom de bactéries. Dans une bouche scientifiquement propre il ne peut pas y avoir de carie. Les mesures préventives doivent donc consister à débarrasser la bouche de ces organismes, car il est impossible de limiter son régime alimentaire aux substances albumineuses fermentescibles, telles que la viande, les œufs, etc., qui engendrent des produits alcalins et non des produits acides ; un nettoyage complet ne peut jamais être effectué s'il y a des cavités cariées. La nécessité de l'emploi des moyens préventifs est concomitante à la survenance des dents dans la bouche; conséquemment les dents de lait ne doivent pas être négligées, mais, au contraire, être tenues bien propres.

On peut considérer la bouche comme une sorte de serre chaude où se développent ces organismes du règne végétal, car c'est une cavité humide, où la température est assez élevée, d'un accès facile du dehors. Malgré la plus grande propreté et les plus grands soins, des restes d'aliments se logent entre les dents, et, quand la bouche est négligée, dans les cavités cariées et, ce qui est pire, entre les gencives et les dents. Notre nourriture fournit un milieu de culture abondant et approprié dans lequel croissent et se développent ces organismes. De plus, si l'émail protecteur disparaît, les divers constituants des dents servent d'éléments nutritifs à ces organismes. Ceux-ci sont si prolifiques, malgré leur petitesse infinie, que, si la toilette de la bouche est négligée pendant un jour ou deux, la bouche contient plus de ces microbes qu'il n'y a d'habitants en Europe.

La structure défectueuse dépend surtout de la constitution des parents et de l'enfant pendant la première période de formation des dents et, par suite, nous sommes sans action sur elle. Cependant, quoique cette période commence de bonne heure, elle est plus ou moins continue pendant longtemps, puisque le processus de calcification qui survient 5 mois avant la naissance n'est terminé qu'à l'âge de 20 ans environ. On peut donc faire beaucoup pour améliorer la structure de la dent, quoique certaines attaques et certains défauts soient déjà irréparables. Les os et les dents contenant une forte proportion de matière terreuse, ont besoin pendant leur développement d'une abondance de matières constituantes que la nourriture seule peut leur fournir.

Les aliments les plus propres à favoriser la formation de dents fortes doivent donc dominer dans la nourriture des enfants. Le principal aliment, le pain, ne présente pas à cet égard les qualités qu'il devrait posséder ; il est trop blanc. Pour obtenir cette blancheur on écarte cette portion du froment qui est la plus riche en nitrogène et en matière terreuse ; quoique une couleur sombre ou brune ne prouve pas d'une façon certaine ses qualités alimentaires, parce qu'une grande partie du pain bis n'est dû qu'à une falsification commerciale.

La nourriture doit offrir aussi aux dents une résistance qu'elles soient obligées de vaincre, parce que l'action mécanique qu'elle

entraîne a le meilleur effet sur la structure de celles-ci. Tout organe dont nous ne nous servons pas finit, en effet, par devenir incapable de fonctionner, uniquement parce qu'il perd son énergie fonctionnelle. Plus nous nous servons des dents pour la mastication, mieux elles résistent aux attaques auxquelles elles sont exposées. Si l'on comprend bien ce principe, l'importance des premières dents sera manifeste. En étudiant la proposition faite par M. Fisher d'examiner avec soin les dents des écoles, la *Lancet* s'exprime en ces termes à cet égard : « Pour prendre le mal à sa racine, il faut commencer par la première dentition. D'abord, en ce qui concerne la santé de l'enfant, avec des dents cariées et souvent des abcès aux gencives, ce dernier reste éveillé la nuit et sa digestion souffre de son incapacité à mastiquer les aliments et de l'absorption du pus fétide provenant des abcès. » L'enfant s'affaiblit et les dents qui se développent se ressentent de ce trouble constitutionnel. En supposant que chaque dent qui devient le siège d'une maladie soit extraite, le pouvoir de la mastication est grandement affaibli et, comme on l'a montré, quand plusieurs dents décidues, notamment les cuspides, ont été avulsées, la mâchoire ne se développe pas autant qu'elle devrait le faire, et quand les dents permanentes font éruption, quelques-unes se placent en dedans, d'autres en dehors de l'arcade, irrégularité qui constitue une cause prédisposante de carie très puissante. Supposons maintenant un cas très commun, celui de la carie étendue de la 2e molaire temporaire. La 1re molaire permanente prend sa position postérieurement, la 1re bicuspide antérieurement. Ces deux dents permanentes sont souvent atteintes du côté correspondant à la dent décidue et la maladie est due sans aucun doute à l'infection résultant de la décomposition des aliments qui y sont logés. Seuls, un examen périodique des dents des enfants dans les six mois et un traitement, si c'est nécessaire, peuvent remédier à ce mal. »

D'après Miller, les ravages de la carie peuvent être combattus ou restreints « par un nettoyage systématique complet et répété de la cavité buccale et des dents, pour réduire la quantité de matières fermentescibles, diminuer la production de l'acide et priver les bactéries des matières organiques nécessaires à leur développement; par l'abstinence des aliments qui subissent une fermentation rapide, afin de faire disparaître la cause principale des produits fermentescibles nuisibles aux dents, enfin par un emploi intelligent des antiseptiques, pour détruire les bactéries et en réduire le nombre et l'activité ».

Le nettoyage mécanique a une grande influence sur la fermentation dans la bouche et, par suite, dès que la dentition temporaire est au complet, la brosse à dents constitue le meilleur mode de nettoyage. Cette opération doit être exécutée chaque jour, après les repas, et *invariablement* après le dernier repas de la journée. Pour fortifier et développer à la fois les dents permanentes, l'emploi des dents temporaires dans la mastication joue un rôle important. La statistique prouve que le pouvoir masticatoire

de la première dentition, chez les 2/3 des enfants examinés, est très sérieusement diminué dès la 4e ou la 5e année.

Tout traitement préventif doit comprendre un examen périodique des dents par un praticien compétent, d'autant que l'arrêt de la carie est généralement facile si celle-ci est prise à temps; mais il faut ordinairement longtemps pour qu'elle se décèle par de la douleur. Si les dents d'un enfant sont dans un état tel que la brosse à dents l'incommode ou lui fasse mal, c'est un signe que son cas exige de l'attention.

On se sert d'ordinaire fort mal de la brosse à dents en limitant son action à une friction plus ou moins superficielle sur les faces antérieures ou labiales avec un mouvement de va-et-vient. Il faut appliquer la brosse sur toutes les faces : le mouvement rotatoire est le plus efficace, car le mouvement de va-et-vient ne polit que les faces, que les lèvres, les joues et la langue tiennent passablement propres. Le brossage doit commencer par la gencive et arriver ensuite aux faces triturantes par un mouvement rotatoire. Les dents supérieures doivent être brossées en allant de la gencive vers le bas et les dents inférieures de la gencive vers le haut. Le mouvement de va-et-vient est suffisant pour le nettoyage des faces triturantes.

Quant à la brosse à dents, un manche rond facilite le mouvement rotatoire et les barbes doivent être d'une raideur moyenne, pas trop dures, autrement la gencive serait écorchée. En plongeant la brosse dans l'eau chaude, on adoucit les barbes. On est toutefois plus sujet à choisir une brosse à dents trop molle que trop dure. Une brosse à dents à soies molles ne vaut rien. D'ordinaire les brosses contiennent trop de barbes et celles-ci sont trop rapprochées ; elles sont bientôt embarrassées d'une certaine quantité de poudre dentifrice, débris épithéliaux et particules alimentaires. La brosse de caoutchouc n'est pas assez employée. Après s'être servi de la brosse, on doit l'envelopper dans une serviette et la placer verticalement dans un récipient pour la laisser sécher librement à l'air et au soleil.

Souvent on renonce à la brosse à dents parce que les gencives saignent. Plus elles saignent, plus il faut continuer de brosser en augmentant la vigueur de la friction.

Même en appliquant la brosse de la façon la plus parfaite, il est difficile d'empêcher le dépôt de matières fermentescibles entre les faces adjacentes des dents. En introduisant de la soie floche cirée entre les dents serrées et en lui donnant un mouvement de va-et-vient vers le collet de la dent, on nettoie des faces que la brosse à dents ne peut atteindre. De la soie à broder, coupée en morceaux assez courts et passée à la cire d'abeille, convient tout aussi bien et coûte beaucoup moins cher que la soie floche préparée exprès pour le nettoyage des dents. Un morceau de caoutchouc, carré ou rond, comme celui qu'on emploie pour la fabrication des sangles élastiques, peut donner le même résultat quand il est tendu. On le fait passer entre les couronnes des dents et, quand la tension est

diminuée, il remplit les intervalles qui les séparent, et, lorsqu'on le tire, il enlève les matières adhérentes.

Quand les dents sont distantes ou isolées, des morceaux de ruban de toile ordinaire étroits sont excellents, tandis qu'un ruban de soie étroit bien ciré convient mieux lorsqu'elles sont serrées. Quand il y a une grande disposition à un dépôt de tartre, il est bon de mettre de la poudre dentifrice sur la bande pour empêcher le dépôt, en supposant que le tartre ait d'abord été enlevé complètement par le dentiste. Un nettoyage de ce genre demande beaucoup de temps et, si le nettoyage journalier ordinaire est soigneusement fait, un nettoyage complet n'est nécessaire qu'une fois ou deux par semaine. L'importance du nettoyage des faces contiguës est manifeste parce que, sauf les faces triturantes des molaires, la majorité des cavités cariées se trouve sur ces faces.

(A suivre.)

4° RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE PAR LE COMITÉ DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE DE L'ENQUÊTE SUR L'ETAT DES DENTS DES ENFANTS DES ÉCOLES

Environ 30 carnets ont été remis à ceux qui en ont la fait demande avec place pour 3000 examens, depuis la dernière statistique, mais 3 seulement, contenant 200 examens, ont été renvoyés. Quelques personnes peuvent prétendre que, les dents de plus de 10.000 enfants ayant été examinées, le but de l'Association est atteint. Ce but est, en effet, de montrer par des statistiques sûres dans quelle mesure les maladies des dents règnent parmi les enfants, d'en conclure la nécessité d'y porter remède et de rassembler des données suffisantes pour prouver à ceux qui sont au pouvoir qu'en se préoccupant de cette question ils agiraient à la fois dans l'intérêt public et dans celui des enfants. Tout en reconnaissant la valeur des renseignements déjà réunis, la Commission ne pense pas qu'ils donnent une connaissance exacte de l'état des dents des enfants aux diverses époques de leur vie scolaire, ce qui est essentiel pour compléter sa mission. Cela résulte uniquement de la nature de la première série de carnets et la Commission actuelle n'est pas responsable de la façon dont ils ont été établis. Les statistiques tirées des 2000 cas mentionnés dans les nouveaux carnets ont plus contribué à établir l'origine très précoce de la carie dans certaines dents, les progrès très rapides de celles-ci, le sort inévitable de ces dents et leur influence sur la denture si elles ne sont pas soignées au début de l'affection (c'est-à-dire nécessairement pendant la vie scolaire), que les 8000 cas signalés dans les anciens carnets. Il a été fait un choix des écoles les mieux examinées avec l'ancien système et les observations ont été reportées dans les nouveaux carnets. L'appel de fonds adressé dans ce but à ceux qui sont favorables à une en-

quête collective, mais n'ont pas le loisir d'y prendre part, n'a pas été entendu en dehors de la Commission.

L'école qui fait l'objet de la présente statistique diffère sous certains rapports de celles déjà examinées.

Le résultat général de l'examen des dents de 200 enfants est donné par le tableau A.

Comme dans le dernier rapport, ces résultats ont été groupés suivant l'âge et le nombre des dents permanentes défectueuses et exprimés par un pourcentage dans le groupe de chaque âge dans les colonnes 1 et 5; il ne faut pas attacher une grande valeur aux chiffres pour cent, le nombre des examens étant très petit. Les colonnes intermédiaires sont très instructives, concordent avec les résultats du dernier rapport et indiquent nettement dans quelle mesure la carie affecte la denture à mesure que l'enfant avance en âge. Il est évident que la diminution rapide du nombre des dentitions belles et saines chez les enfants de 13 à 15 ans peut être arrêtée en les soignant plus tôt (et le plus tôt sera le meilleur), en les rendant saines artificiellement, en enlevant la carie et en obturant les dents. Conséquemment, si un dentiste était chargé d'une école de ce genre, ce qu'il aurait de mieux à faire serait de s'occuper des enfants les plus jeunes et surtout de ceux dont la denture est considérée comme belle.

Tableau A

Présentant les résultats généraux de l'examen de 200 jeunes filles abandonnées (école Nazareth).

AGE	Enfants examinées	DENTITIONS saines			DENTITIONS permanentes défectueuses				NOMBRE de DENTS cariées		
		temporaires	de transition	permanentes	I-IV	V-VIII	IX-XII	au-dessus de XII	temporaires	permanentes	total
5	12	1	1						68		68
6	11	1	1		3				23	6	29
7	19		1		6				43	15	58
8	24		4		10				34	22	56
9	25		5	1	13		1		28	34	62
10	31		11	1	9	3			22	30	52
11	22		1	1	10	5	1		19	46	65
12	30		1	3	12	6	1		24	73	97
13	14				3	2		1	2	55	57
14 et 15	7				3		1		1	41	42
17 et au-delà	3				2					17	17
Total	198	2	25	6	71	16	4	1	264	339	603

Deux cas exceptionnels, l'un de 20 ans avec 28 dents permanentes défectueuses (14 cariées mais guérissables, 8 inguérissables et 16 déjà extraites) et 1 sujet né sans bras, âgé de 39 ans, entièrement anormal ; en fait point de dents du tout : intelligence faible.

Tableau B

Présentant la proportion pour cent de jeunes filles abandonnées saines, à dents temporaires défectueuses et à dents permanentes défectueuses, classées par âge en groupe de 3 ans (École Nazareth).

AGE	V. VI	VII. IX	X. XII	XIII.XV	XVII	QUALITÉ
Nombre d'examinées.	23	68	83	21	3	198
Saines (pas de carie).	16	14.7	19.2	14.3		bonne.
Temporaires défectueuses (Dents).	70	42.6	31.3	9.5		
Permanentes défectueuses.						
1 à 4 dents.	14	42.6	37.3	28.5	66.6	passable.
5 à 8 —			9.6	38.1		mauvaise.
9 dents ou plus.			2.4	9.5	33.3	très mauvaise.

Les résultats relatifs à l'état des dents ont été catalogués et établissent que, tandis que 20 0/0 des enfants avaient des dents propres et 37 0/0 des dents passablement propres, 43 0/0 ont été classés comme ayant des dents sales, très malpropres ou tachées. La nécessité de les munir de brosses à dents et de leur apprendre à s'en servir après leur dernier repas est évidente. Une pareille mesure n'aurait pas seulement pour résultat de donner une proportion élevée de bouches propres et d'assurer ainsi une économie notable en évitant les dépenses du recours au dentiste. Le nombre des dents en gâteau de miel atteint 13 0/0, chiffre élevé. Il n'a été constaté qu'un cas de dents syphilitiques.

Indépendamment des dentistes chargés de l'école de district du centre de Londres, il en a été nommé pour les écoles de district de Kensington, Chelsea, Edmonton et Hackney, comme se rattachant directement aux recherches entreprises par l'Association. Tout récemment le Conseil de l'Asile métropolitain a de nouveau attaché un dentiste pour une nouvelle période au bateau-école *Exmouth*. Comme il est extrêmement important d'adopter un système uniforme pour juger les résultats obtenus, un membre de la Commission a préparé un modèle de carnet destiné à faciliter l'établissement de rapports périodiques. Dans un rapport utérieur la Commission espère faire connaître, avec la collaboration des titulaires de ces postes, les résultats acquis.

La publication de cette enquête collective a attiré l'attention de dentistes des autres pays, notamment en Suède, en Suisse, en France et aux Etats-Unis, qui ont demandé des renseignements sur la méthode suivie pour l'appliquer. En Suède une petite subvention a été promise par le Gouvernement pour mener à bien une enquête semblable qui serait dirigée par une Commission spéciale de la Société dentaire de Stockholm. Après avoir entendu un des membres de cette Commission, la Société a décidé de suivre

exactement la voie adoptée en Angleterre. On ne saurait trop approuver cette manière de faire, car elle augmentera notablement la valeur scientifique de ces enquêtes dans chaque pays en permettant de les comparer immédiatement l'une avec l'autre.

Dans un ouvrage publié récemment « *la nationalisation de la santé* » par M. Havelock Ellis, se trouve un chapitre intéressant et instructif consacré au rôle du dentiste dans un projet d'amélioration de la santé publique. Ce chapitre se compose principalement d'extraits des rapports de la Commission et des communications des membres anciens et nouveaux de celle-ci. L'auteur approuve sans réserve la tâche entreprise par l'Association et ses conclusions, quant à l'importance de notre projet pour le public, sont très satisfaisantes.

Un pareil aveu devrait encourager le Comité directeur à accueillir la proposition de la Commission consistant à saisir le Ministère de l'Intérieur de la question de la nomination de dentistes dans les écoles placées sous son autorité.

Pour des motifs d'une économie mal comprise, des administrateurs ont hésité et hésitent encore à adopter le seul moyen d'arrêter le développement de la carie dentaire. Il est du devoir de la profession médicale d'employer son influence pour faire connaître au public le danger qui menace les enfants.

(*Journal of the British dental Association.*)

L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉTAT EN ANGLETERRE

En Angleterre le Gouvernement a compris qu'il ne pouvait pas se désintéresser de la santé du système dentaire des enfants des écoles publiques, des élèves des écoles navales et des marins et, pour ces différentes catégories, il a établi une inspection et un service dentaire. Les bons effets de ces mesures ont été constatés par le ministre de l'intérieur lui-même dans un discours prononcé au dîner annuel des étudiants du *National Dental Hospital.*

Cela fait honneur à l'administration anglaise et à notre ami M. Cunningham, un des plus ardents promoteurs de ce progrès.

Voici les passages les plus saillants du discours du ministre :

Une des premières choses dont je m'occupai quand je devins un des ministres de la Reine, ce fut de me faire soumettre des rapports sur l'état des dents des enfants dans certaines écoles. En examinant ces documents pleins de statistiques et d'hiéroglyphes particuliers, je commençai à comprendre les embarras d'un ministre et à me demander si une partie de la responsabilité du ministère de l'intérieur devait être absorbée par les dents de la génération future. Mais je m'aperçus que vous aviez examiné les dents des enfants dans les écoles et réuni des renseignements importants et qu'un des plus

remarquables rapports était relatif aux écoles de Hanwell. Ce document, qui me fit passer une heure désagréable et était d'une lecture difficile, avait pour but de prouver qu'on peut faire beaucoup de bien en donnant les soins voulus aux dents de la génération à venir et en la dirigeant ainsi dans la voie la plus propre à faire des enfants d'excellents citoyens. En soignant leurs dents vous les rendez meilleurs et plus forts que de toute autre manière.

Le Dr Cunningham me remit un mémoire sur cettequestion, et des recherches auxquelles il s'est livré touchant les recruesde l'armée de terre et de l'armée de mer, je pense pouvoir conclure qu'il a trouvé seulement 5 0/0, sur un certain nombre de ces recrues, ayant des dents saines et que 61 0/0 en avaient de mauvaises.

On ne croirait pas que c'est là une question dont dépend non seulement la santé de milliers de soldats et de marins, mais presque la suprématie de ce grand empire. Croyez-moi quand je vous dis qu'il est essentiel que le soldat puisse mâcher comme il l'est qu'il puisse marcher, car s'il ne peut pas bien mastiquer, il ne marchera pas bien ou ne se battra pas bien. Un homme se battra beaucoup mieux après un bon repas, si la nourriture s'est convenablement assimilée, qu'après un repas mal mâché ; de telle sorte que votre profession est importante pour l'Etat, puisqu'elle tend à faire de nos soldats et de nos matelots des hommes plus sains et plus robustes. J'ai entendu dire d'un bateau-école d'où les jeunes gens entrent dans la marine que, depuis que leurs dents sont soigneusement entretenues, le pourcentage des recrues acceptées de ce bateau dans la marine est devenu six ou sept fois plus grand. Cela montre quel rôle considérable joue la profession dentaire dans la défense de l'Empire et la conservation de sa grandeur.

Je vous félicite donc d'avoir porté votre attention du côté des dents de la génération future et j'espère que dans les pensions privées et les écolesqui dépendent du Gouvernement vousaurez l'occasion d'augmenter la santé et le bien-être de lapopulation. J'imagine qu'il y a là un vaste champ de travail pour votre profession.

Quoiqu'un homme mette son nom sur sa porte et attende les clients dans une pièce de devant, ils ne viennent pas souvent à lui dans ma profession. Je pense que dans la vôtre il peut réussir plus rapidement que dans la mienne et j'espère que dans l'intervalle vous pourrez pratiquer votre art dans diverses institutions publiques.

Il n'y a ni hôpitaux ni écoles, excepté les écoles dentaires, où vous puissiez exercer votre habileté ; mais il y a des pensions et autres institutions publiques rattachées aux diverses municipalités ou aux divisions du ministère de l'instruction publique, dans lesquelles vous pouvez vivre et faire œuvre utile en soignant les dents des enfants et j'espère que tous les membres profiteront de ces occasions pour faire des observations utiles à la science et à l'Etat.

Je pense aussi que le Dr Cunningham vous a dit que ce n'est pas seulement une question de capacité physique, mais bien de capacité intellectuelle et que plus d'un étudiant de Cambridge qu'il con-

naît bien a perdu son rang parce qu'il avait de mauvaises dents. Je ne comprends pas qu'un homme qui a mal aux dents ou un abcès aux gencives puisse passer un bon examen.

(Extrait du discours de Sir Walter B. Foster, Secrétaire au Ministère de l'Intérieur.)

FRÉQUENCE DE LA PERTE DES DENTS PERMANENTES DUE A DES CAUSES DIVERSES

Par MM. J. W. Pare et Herbert Wallis

Sur la proposition de M. Maggs et avec l'autorisation du médecin en chef, Dr Ferry, il a été fait un examen des registres d'extraction des dents du service dentaire de *Guy's Hospital*. La statistique embrasse une longue période et le nombre des dents extraites est de 30.012.

Tableau I.

Dents	Nombre	Pourcentage du nombre total
1res molaires	10.891	36,30
2es —	5.904	19,68
2es bicuspides	4.179	13,93
1res —	3.212	10,70
3es molaires	2.639	8,76
Incisives latérales	1.202	4,00
Canines	1.098	3,66
Incisives centrales	887	2,95
Total	30.012	99,98

Tableau II.

Pourcentage des diverses dents extraites du maxillaire supérieur.

Dents	Nombre	Pourcentage des dents supérieures
1res molaires	5.259	32,04
2es bicuspides	2.503	15,24
2es molaires	2.415	14,22
1res bicuspides	2.288	13,87
3es molaires	1.317	7,96
Incisives latérales	1.013	6,17
Canines	861	5,24
Incisives centrales	754	4,10
Total	16.410	99,84

Tableau III.

Pourcentage des dents extraites du maxillaire inférieur.

Dents	Nombre	Pourcentage des dents inférieures
1res molaires	5.632	41,40
2es —	3.489	25,63
2es bicuspides	1.676	12,32
3es molaires	1.222	9,71
1res bicuspides	924	6,78
Canines	237	1,74
Incisives latérales	189	1,38
Centrales	133	0,97
Total	13.602	99,93

Tableau IV.

Fréquence de l'extraction dans les deux maxillaires.

Dents	Nombre	Pourcentage du nombre total d'extractions
1res molaires inférieures.	5.632	18,765
1res — supérieures.	5.259	17,409
2es — inférieures..	3.489	11,625
2es bicuspides supérieures	2.503	8,330
2es molaires supérieures.	2.415	8,046
1res bicuspides supérieures	2.288	7,623
2es — inférieures.	1.676	5,584
3es molaires inférieures.	1.322	4,404
3es — supérieures.	1.317	4,388
Incisives latérales — ..	1.013	3,375
1res bicuspides inférieures	924	3,078
Canines supérieures...	861	2,868
Incisives centrales — ..	754	2,512
Canines inférieures....	237	0,789
Incisives latérales — ..	189	0,629
— centrales — ..	133	0,443
Total......	30.012	99,868

Il est intéressant de constater que la statistique publiée par Sir John Tomes, reproduite dans le tableau suivant, indique la même fréquence de la perte des dents permanentes que celle de l'hôpital de Guy, quoique le total de M. Tomes soit 3.000 et le nôtre 30.012.

Tableau V.

Comparaison de la statistique de Tomes et de la nôtre.

	Sir John Tomes		Pare et Wallis	
1res molaires.........	1.124	37,46	10891	36,30
2es —	637	21,93	5904	19,68
2es bicuspides........	.434	14,46	4179	13,90
1res —	273	9,10	3212	10,70
3es molaires..........	265	8,83	2639	8,79
Incisives latérales....	117	3,90	1202	4,00
Canines.............	78	2,60	1098	3,50
Incisives centrales....	72	2,40	887	2,95
Total.......	3.000	99,98	30012	99,82

L'examen de cette statistique permet de conclure que les 1res molaires sont les plus sujettes à être perdues de bonne heure et qu'on doit préférer leur extraction dans les bouches bien garnies quand il s'agit de redressements.

Il montre aussi que les 2es bicuspides sont plus sujettes que les 1res à être perdues de bonne heure et, conséquemment, l'enlèvement des premières est indiqué. De même le pourcentage très bas de l'ex-

traction de l'incisive inférieure et de la canine est manifeste. La résistance de ces dents est bien connue et expliquée, dans une certaine mesure, par ce fait qu'elles baignent constamment dans la salive qui, étant normalement alcalinée, neutralise tous les acides produits par la fermentation des aliments logés entre les dents, ainsi que les éructations de l'estomac, et empêche ainsi la décomposition de l'émail.

(Journal of the British Dental Association.)

LIVRES ET REVUES

Les méthodes et nouveautés appliquées à l'Art dentaire, par Wilh. Herbst.

Tel est le titre du livre que vient de publier notre très distingué confrère de Brême. Ayant déjà eu, à différentes reprises, l'occasion de présenter les méthodes et les progrès dus à notre éminent confrère, je me fais un devoir de recommander chaudement ce livre à tous ceux qui veulent se tenir au courant de l'état de la technique opératoire. Quoique n'étant pas écrit en français, il n'est pas nécessaire d'être familier avec la langue allemande pour en tirer parti, car il est illustré de nombreux dessins qui, à première vue, renseignent le praticien.

Les nouvelles méthodes et inventions expliquées dans ce livre sont le résultat de vingt-cinq années de labeur et de pratique d'un homme d'une ingéniosité mécanique et opératoire exceptionnelle.

Dans les différents chapitres de son livre, il traite tout d'abord de l'aurification par la rotation, puis de la combinaison de l'or et de l'étain, des obturations à l'amalgame, à la gutta, de celles faites avec le verre fusible, etc., etc.

La fabrication et l'utilité des matrices, les moyens pour insensibiliser la dentine, y sont aussi décrits, ainsi que le traitement de la pulpe et l'emploi du protoxyde d'azote.

Dans un chapitre très intéressant, le docteur Herbst traite des couronnes en or appliquées autour des molaires et l'ajustage très simple des morceaux de dents à ces couronnes.

De plus, mille petits moyens utiles au praticien sont indiqués çà et là.

L'explication est courte, nette et facile à saisir.

Le seul petit reproche que l'on pourrait adresser à ce livre est le manque de système dans la présentation des divisions des chapitres.

Tout y est un peu pêle-mêle. Ceci est du reste de peu d'importance. Nous qui avons vu M. le Dr Herbst à l'œuvre, nous ne pouvons que le féliciter d'avoir réuni en un ensemble ce qu'il y a d'essentiel dans ses inventions et sa manière d'opérer.

Ce livre a sa place marquée dans la bibliothèque du dentiste. Nous lui souhaitons de grand cœur tout le succès qu'il mérite.

HEÏDÉ.

Grallan, De l'antisepsie buccale et nasale. Th. de Paris, 1894.

Si à l'état de santé le microbe passant ou séjournant dans la bouche est presque toujours inoffensif, il n'en est plus de même quand l'organisme est affaibli, quand les réactions phagocytaires se font mal. Il en résulte pour le médecin la nécessité de surveiller attentivement la bouche des malades et de faire de l'antisepsie préventive. Agir ainsi, c'est éviter les complications de l'affection primitive.

La nocivité des microbes buccaux dans l'état de maladie est de connaissance pratique évidente, et quels que soient les moyens anodins conseillés par M. Grallan (acide salicylique 1.000), ils seront pourtant bons à appliquer.

A ce titre on ne peut qu'applaudir aux tendances de ce travail.

G. Béal, De la gangrène de la bouche. Th. de Lille, 1894.

Thèse intéressante, montrant, à l'aide d'observations bien prises, illustrées de figures schématiques, les désordres extérieurs, les mutilations étendues qui peuvent résulter de la gangrène buccale.

Si l'on tient compte que le noma se produit surtout à la suite de maladies infectieuses infantiles réputées banales, telles que la rougeole, que cette redoutable complication peut être évitée par l'antisepsie buccale des enfants malades, il est bon de prévenir médecins et parents de la nécessité de cette antisepsie, même quand les désordres primitifs sont bénins.

Pitsch, Essai sur les dents à pivot, de leurs inconvénients. Th. de Paris.

M. Pitsch ne conclut pas nettement contre les dents à pivot. Ce serait être par trop timoré ; mais il en limite l'emploi aux racines saines ; il pourrait ajouter : et à celles qui le peuvent redevenir. Condamner les dents à pivot, parce qu'elles retiennent les matières septiques, c'est aussi condamner l'obturation définitive des dents cariées quand les racines ont été infectées.

Il est au moins aussi difficile d'enlever certaines obturations que n'importe quelle couronne artificielle ou un travail à pont, et pourtant on les obture, et on fait bien, à condition de ramener l'organe à la santé avant l'obturation.

La thèse de M. Pitsch n'est pourtant pas sans utilité, malgré l'exagération des méfiances qui y sont exprimées.

Les cinq observations données à l'appui, dont le cas de mort relaté par Tomes, ne sont pas des arguments négligeables.

Il ne s'en déduit pas une contre-indication absolue des dents à pivot, mais au moins la nécessité de la désinfection et de l'antisepsie préalables, ainsi qu'une obturation d'essai dans les cas suspects.

Il était bon que ce cri d'alarme fût jeté et nous félicitons M. Pitsch d'avoir abordé un sujet aussi actuel et de l'avoir traité avec sincérité.

P. D.

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir la création d'une Association des dentistes du Nord-Ouest de la France.

Président : A. Hélot.
Vice-président : E. Tonnens.
Secrétaire : Lefèvre, de Quimper.
Trésorier : Vignot, de Saint-Brieuc.
Conseiller : Demacq, de Saint-Brieuc.

Quelques amis de M. Lecaudey se proposent de lui offrir un banquet à la rentrée, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Nous publierons prochainement la composition du Comité d'organisation. On peut adresser dès maintenant les adhésions au bureau du journal.

The American Dental Association tiendra sa session annuelle à Asbury Parc (New-Jersey), le 5 août.

MM. Gullikers père et fils, membres de notre association, ont été nommés chirurgiens-dentistes du bureau de bienfaisance de Liège.

Qu'ils reçoivent nos félicitations.

Brevets d'invention nouvellement délivrés

Luër. — Nouveau système de seringue uniquement en verre et destinée spécialement aux injections aseptiques.

De Trey. — Nouveau genre de feuilles d'or pour aurifications dentaires.

Wheeler. — Perfectionnements aux appareils dentaires électriques.

Gentile. — Perfectionnements apportés aux seringues en général et principalement aux seringues à injections hypodermiques.

Sont nommés membres de la Commission instituée par le ministre de l'instruction publique en vue d'examiner les demandes d'équivalence et de dispense formées par les jeunes gens de nationalité étrangère qui désirent être inscrits dans les Facultés et Ecoles de médecine, comme aspirants au grade de docteur en médecine : MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris ; Gréard, vice-recteur de l'académie de Paris ; Himly, doyen de la Faculté des lettres de Paris ; Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Liard, directeur de l'enseignement supérieur ; Tannery, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure ; Générès, chef de bureau à la direction de l'enseignement supérieur, secrétaire ; Soulès, sous-chef, secrétaire adjoint.

Conseil supérieur de l'instruction publique

Ce Conseil a été convoqué en session ordinaire pour le jeudi 18 juillet. La durée de cette session a été de deux jours.

Il n'y a pas été fait de proposition touchant l'art dentaire.

THE ODONTOLOGICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN

Ont été élus :

Président : David Hepburn.

Vice-présidents : (résidents) Ashley Gibbings, John Fairbank, C. J. Boyd Wallis; (correspondants) W. E. Harding (Shrewsbury), George Henry (Hastings) et J. F. Cole (Ipswich).

Trésorier: S. J. Hutchinson.
Bibliothécaire: W. A. Maggs.
Curateur : Storer Bennett.
Rapporteur : Edward Lloyd Williams.

ERRATA

Au compte-rendu du Congrès dentaire suisse, par M. Thioly-Regard, page 342, au lieu de :

« Il est impossible de transplanter des follicules dentaires de différents genres d'animaux dans d'autres », lire :

Il est donc possible de transplanter des follicules dentaires de différents genres d'animaux dans d'autres.

2° p. 345, au lieu de :

« Il est ordonné des lavages au sublimé et à l'iodure de potassium à l'intérieur », lire :

Il est ordonné des lavages au sublimé et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

VARIA

Permettez-moi de vous faire une communication qui intéressera peut-être nos confrères lecteurs de l'*Odontologie* : il s'agit d'une méthode de guérir les névralgies dentaires, inconnue sans doute à l'Ecole dentaire de Paris.

Il a quelques jours, je vis l'employée du dépôt de pain où je me fournis qui tenait sa joue avec sa main et qui avait l'air de souffrir. Je lui demandai avec intérêt si elle avait mal aux dents, et, sur sa réponse affirmative, je lui dis de venir me voir. Elle refusa, objectant qu'elle était en train de suivre un traitement et qu'elle voulait en voir le résultat. Je lui demandai s'il n'y avait pas d'indiscrétion à lui faire divulguer ledit traitement, ajoutant que l'on apprend tous les jours. « Non, » me dit-elle; et voici ce qu'il en était :

On lui avait ordonné de s'entourer le bras, au-dessus du coude, avec une corde à violon (ce qu'elle s'était empressée de faire), la corde du *la*, spécialement recommandée par la marchande qui la vendait et qui avait été, elle-même, guérie par ce remède aussi simple que bon marché.

Quelques jours auparavant elle avait essayé un autre genre de traitement : « le secret ». Un individu lui avait appliqué son doigt sur la dent malade en marmottant quelques paroles et lui avait dit : « Vous êtes guérie ». Il faut croire qu'elle n'avait pas la foi, car le

mal a persisté ; la corde du *la* n'a pas eu plus d'effet, car au bout de plusieurs jours elle n'avait obtenu aucun résultat.

Notez que c'est une jeune fille d'environ 25 ans, assez intelligente, employée dans le plus beau quartier d'Avignon, qui a été assez naïve, pour ne pas dire autrement, pour essayer ces traitements d'un autre âge.
R. LOUBIÈRES.

LE PILORI

Le professeur de **CASAGRANDE-CHAPUS, Dentiste et Orthopédiste américain**, chevalier de plusieurs ordres, décoré de plusieurs médailles d'or, avertit le public que son cabinet est installé à **Nancy, rue Stanislas, 23, 1er étage**, et qu'il est ouvert tous les jours, même les dimanches et fêtes, de 9 heures du matin à 6 heures du soir. Il guérit toute espèce de HERNIES ou EFFORTS, au moyen d'un procédé électro-galvanique, fruit de longues études et d'une grande pratique de ces infirmités, ce qui évite à l'homme de porter toute sa vie un bandage. Afin que tout le monde puisse profiter de ce procédé, véritablement infaillible, le professeur ne reçoit d'honoraires qu'après la guérison complète. Mme de CASAGRANDE-CHAPUS se charge de l'application des Bandages et Appareils orthopédiques aux Dames.

M. de CASAGRANDE-CHAPUS possède un grand assortiment d'Appareils électriques, brevetés S. G. D. G. pour toutes les maladies nerveuses. S'étant, depuis plusieurs années, spécialement occupé des maladies des dents, il peut se charger des opérations les plus délicates et les terminer presque sans occasionner de douleur.

Extraction des dents et des racines, même de celles qui auraient été brisées dans une précédente opération ; Plombage et Aurification des dents cariées ; Nettoyage de Dents noircies, jaunies, qui les rend blanches sans altérer leur émail et restitue leur état naturel. — **VISITES GRATIS.**

M. CASAGRANDE-CHAPUS n'a pas de représentant

Jusqu'au 30 juin seulement

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'AMINISTRATION

Séance du 21 mai 1895.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Prest, Roy et Sauvez.

Excuses de M. Bonnard.

Le procès-verbal est adopté. La démission de M. Marion de Laroche, dentiste à Versailles, est acceptée.

Lettre de *M. Ronnet*, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, rendant compte d'une démarche faite par lui auprès de M. Liard.

Rapport de *M. d'Argent*, trésorier.

MM. Dubois, Francis Jean, Roy et *Godon* prennent part à la discussion à ce sujet.

Une proposition tendant à la suppression du remboursement des droits d'examen est renvoyée à la commission des finances.

Lettre de *M. Lemerle* donnant sa démission de membre de la Commission de l'Exposition de Bordeaux.

Une discussion s'engage à ce sujet.

MM. Sauvez, Roy, Francis Jean, Lemerle, Dubois et *Godon* y prennent part.

Sur la proposition de *M. Francis Jean*, un crédit supplémentaire de 200 francs est adopté pour l'Exposition de Bordeaux.

Rapport de *M. Martinier* au nom de la Commission scolaire.

Les 3e, 7e et 11e inscriptions ne seront délivrées qu'aux élèves dont le carnet de clinique sera en règle.

Elles seront délivrées aux autres par mesure transitoire, avec la prochaine inscription si leur carnet est en règle pour cette époque.

Peines disciplinaires.

Rapport de *M. Lemerle* sur le cas de l'élève V. qui a cherché à attirer chez lui des malades de la Clinique de l'Ecole.

L'élève V. est renvoyé de l'Ecole d'une façon définitive.

Rapport de *M. Martinier* sur le cas de l'élève B. qui, à plusieurs reprises, a refusé d'obéir à M. Ronnet, professeur à la clinique de dentisterie opératoire, et a refusé de sortir, sur l'injonction qui lui avait été faite par ce dernier et le surveillant général.

M. B. est exclu de l'Ecole pour trois mois.

Admissions.

M. Elcus, D. E. D. P. à Amsterdam.

M. Amoëdo, chirurgien-dentiste à Paris.

M. Vainicher, id. id. à Naples.

M. Godon donne lecture d'une lettre de M. Gréard, au sujet du certificat d'études primaires supérieures qui devra dorénavant être exigé des élèves de 1re année avant de leur délivrer la 1re inscription. Les élèves actuels de 2e et 3e années pourront l'obtenir en cours d'études.

M. Francis Jean donne lecture d'une pétition des élèves de 1re année touchés par cette mesure, qui demandent à être appuyés auprès du ministre de l'Instruction publique.

Rapport sur le cours de dissection.

Lettre de *M. Faure*, prosecteur de l'amphithéâtre de Clamart, sur le cours de dissection qui lui a été confié. Des remerciements sont adressés aux deux professeurs.

Lettre de *M. Mendel Joseph* à propos de laquelle M. Godon propose d'admettre à l'Ecole des auditeurs libres.

MM. Sauvez et *Dubois* prennent part à la discussion. La proposition est ensuite renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Cerqueira Magro est admis comme élève préparant le 3e examen de la Faculté, pour un mois.

M. Martinier propose de décider que le mécanicien de l'Ecole devra exécuter au laboratoire devant les élèves les appareils qui seront indiqués par le professeur de prothèse. Adopté.

M. Godon annonce le décès du fils de M. Serres, professeur ; il adresse, au nom du Conseil, les compliments de condoléance à la famille.

Il annonce également que le Conseil municipal a voté la subvention annuelle de 500 francs en faveur de l'Ecole. Des remerciements sont adressés au Conseil municipal de Paris.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

Le secrétaire adjoint,
Dr M. ROY.

Séance du mardi 25 juin 1895.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Sont présents : MM. Barrié, Bioux, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Sauvez, Roy et Viau.

Le procès-verbal de la séance du 21 mai 1895 est adopté.

M. le président annonce que, le 7 mai dernier, il a informé le recteur de l'Académie de Paris, conformément à la loi, du nom des administrateurs de l'Ecole pour l'année courante.

Il annonce également le décès du professeur Verneuil, président honoraire de l'Ecole. Le Conseil a été représenté aux obsèques et une couronne envoyée. Il rappelle que M. le professeur Verneuil avait, après le professeur Trélat, apporté un des premiers son appui à l'Ecole, malgré les oppositions nombreuses qui se produisirent à cette époque.

M. le Président annonce la nomination de M. le Dr Roy comme dentiste des hôpitaux et lui adresse ses félicitations au nom de ses collègues.

Correspondance.

Lettre du Conseil général informant que la subvention de 500 fr. a été votée. Des remerciements sont adressés au Conseil général de la Seine.

Lettre du Dr P. demandant à assister huit jours à la clinique d'extraction.

Le Conseil décide que M. P. ne peut être admis qu'au cours préparatoire du 3e examen de la Faculté.

Lettre de M. B. demandant le résultat de la décision du Conseil au sujet de la plainte qu'il avait déposée contre un membre du corps enseignant.

M. le secrétaire général donne lecture de la réponse qu'il a faite et qui est ainsi conçue :

« Paris, le 13 juin 1895.

» Monsieur,

» Le Conseil d'administration, dans sa séance du 21 mai, sur le rapport de la Commission spéciale, a pris une décision qui a été affichée à l'Ecole et dont je vous donne ci-dessous communication.

Avis.

» Le Conseil d'Administration,

» Vu la plainte formée par M. Ronnet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, contre l'élève B. ;

» Vu le rapport de la Commission d'enquête après comparution de l'élève et la déposition du surveillant général ;

» Considérant que l'élève B. a, dans le cours de la même scolarité, déjà subi une peine disciplinaire pour des faits graves de nature à nuire à la réputation de l'Ecole,

» Prononce contre lui la peine de l'exclusion pour une durée de trois mois qui compteront à dater du 8 mai 1895.

» Pour le Conseil,
» *le secrétaire général*,
» signé : Francis Jean.

» Paris, le 26 mai 1895. »

» Quant à votre réclamation relative au remboursement d'une partie des droits d'études, elle est transmise à la Commission des finances dont la décision vous sera communiquée en temps voulu.

» *Le secrétaire général*,
» signé : Francis Jean. »

Lettre de *M. Prével* demandant un congé pour raison de santé. Renvoyé à la Commission d'enseignement.

Lettre de *M. Thioly-Regard*, de Genève, demandant, au sujet d'un incident personnel, si M. de D. est diplômé de l'Ecole.

M. Godon fait part de la réponse qu'il a faite à M. Thioly, l'informant que M. D. n'est pas encore diplômé de l'Ecole.

Il donne lecture de la réponse de M. Thioly et de la circulaire qu'il a adressée aux membres de la Société Odontologique de Genève qui est ainsi conçue :

« Genève, le 18 juin 1895.

» Monsieur et cher Collègue,

» Pour cause de vacances, la *Société Odontologique de Genève* ne se réunissant pas avant le mois de septembre, je ne crois pas devoir attendre cette époque éloignée pour rectifier une déclaration inexacte avancée par un confrère mal renseigné.

» Dans la séance du 20 avril 1895, M. S. Henneberg D. D. S., avait prétendu que le diplôme de l'*Ecole Dentaire de Paris* était facilement acquis, se basant sur le fait qu'un M. V. de D..., inscrit comme diplômé de Paris, avait obtenu le grade de D. D. S. de Philadelphie malgré la faiblesse de sa science et l'insuffisance de ses capacités.

» Je m'étais vivement élevé contre ce faux jugement, certifiant que les examens passés à l'*Ecole Dentaire de Paris* étaient tout aussi sérieux, si ce n'était plus, que dans n'importe quel autre Collège américain, ajoutant du reste que je ne connaissais aucun diplômé de ce nom.

» Informations prises, je crois aujourd'hui devoir prouver l'inexactitude des renseignements émis par M. S. Henneberg D. D. S. ; brièvement voici la vérité rétablie au point :

» M. V. de D..., élève de seconde année, a quitté l'*Ecole Dentaire de Paris* au mois d'août 1892 pour aller en Amérique, ayant encore une troisième année à faire avant de se présenter pour l'obtention du diplôme.

» Le grade de D. D. S. de Pensylvanie lui ayant été délivré en juillet 1893, de retour en France, il est rentré à l'*Ecole de Paris* comme élève de troisième année. Ces jours-ci, il est en train de subir les examens exigés par le règlement, mais *il n'est pas encore diplômé*.

» En conséquence de ce qui précède, chacun restera convaincu que M. S. Henneberg D. D. S. a bien mal choisi son exemple pour vanter la supériorité des examens des *Ecoles américaines* sur ceux de l'*Ecole Dentaire de Paris*.

» Agréez, Monsieur et cher Collègue, mes bien sincères salutations.

» A. Thioly-Regard,

» Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris. »

Le Conseil vote des remerciements à M. Thioly pour l'ardeur qu'il met à défendre à Genève la cause de l'Ecole Dentaire de Paris et décide l'impression au journal et la publication au procès-verbal de sa réponse à M. Henneberg.

Organisation de la dissection.

M. le Président donne lecture d'une lettre du 4 février dernier adressée à l'Assistance publique pour obtenir l'admission des élèves de l'Ecole aux cours pratiques de dissection de Clamart.

L'administration a répondu, le 18 février, que la question était à l'étude.

Le 20 juin, M. Godon a eu une entrevue avec les représentants de l'Administration de l'assistance publique et le directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux.

Il s'est mis d'accord avec ces messieurs sur les points suivants :

Admission à l'amphithéâtre des hôpitaux de 40 élèves pendant le semestre d'hiver (novembre à mars) et de 100 pendant le semestre d'été (avril à juillet) pour y recevoir, sous la direction de M. le professeur Quenu, les éléments d'anatomie, histologie, bactériologie reconnus nécessaires pour les étudiants dentistes moyennant une subvention de 60 fr. par élève.

M. Godon avait pleins pouvoirs pour traiter au nom des deux écoles.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Damain, qui informe que le Conseil de l'Ecole Odontotechnique est d'accord pour nommer une commission commune chargée d'étudier toutes les questions intéressant les deux écoles.

Le Conseil a nommé membres de cette commission, MM. Damain, Dr Viron, Dr Damain fils, Ducournau et Anjubault.

Le Conseil nomme MM. Godon, Dubois, Francis Jean, d'Argent et Dr Roy pour faire partie de cette même commission.

M. le secrétaire général communique les résultats du 1er examen de la 3me session de la Faculté, ainsi que la statistique des opérations faites à l'Ecole.

M. le Président informe que les cours de 1re et de 2e année ont été terminés le 17 juin et les cours de 3e année le 24 juin, les cours préparatoires se termineront le 15 juillet.

Des cours préparatoires auront lieu pour la session de novembre à la Faculté.

M. le Président donne lecture, au nom de la Commission d'enseignement, d'un rapport au sujet de l'admission d'élèves libres.

Les dentistes français ou étrangers ayant droit de pratique légale en France ou dans leurs pays d'origine, ceux en possession du diplôme d'une école Dentaire ou d'une école de Médecine française ou étrangère peuvent être admis au *cours complémentaire* sur justification de leurs titres.

Cet enseignement comprend l'assistance à la clinique des extractions, à celle des consultations, les travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse dentaire, l'assistance aux différents cours théoriques de l'Ecole.

Les dentistes admis auront le droit d'assister au même titre que les élèves de l'Ecole aux divers cours énumérés ci-dessus, mais n'auront droit ni aux examens ni au diplôme.

Les droits à payer pour suivre ce cours complémentaire sont de 300 fr. pour 3 mois payables d'avance.

Tout mois commencé est dû.

Lettre de M. B., D. E. D. P., demandant à faire deux nouvelles années à l'Ecole pour pouvoir se présenter aux examens de la Faculté.

MM. Godon, Sauvez, Lemerle, d'Argent, F. Jean, Roy prennent part à la discussion qui s'engage à ce sujet.

Le Conseil déclare qu'il est disposé à accorder les 4 inscriptions pour cette année à M. B. sous bénéfice de l'acceptation de cette mesure par la Faculté.

M. Martinier explique qu'il n'a pu s'occuper du programme de l'examen des apprentis.

MM. Lemerle, Francis Jean et *Godon* prennent part à la discussion et ce projet est renvoyé à la Commission scolaire à laquelle un programme sera proposé par MM. Gillard et Martinier.

Cet examen aurait lieu en décembre.

Rapport du *surveillant* au sujet d'un cas d'insubordination d'un élève de 3e année, M. Q., auquel il a infligé deux jours d'exclusion.

Les deux jours d'exclusion sont confirmés, M. Q. est blâmé par le Conseil et il devra adresser à M. le surveillant une lettre d'excuses ; dans le cas contraire il serait ajourné au mois d'octobre pour ses examens.

M. d'Argent informe le Conseil que M. M. a versé 126 fr. à valoir sur ses droits d'études. Cet élève n'ayant pas suivi les cours pour des raisons particulières, le Conseil consent à l'exonérer du restant des droits dont il reste redevable à l'Ecole.

M. Lemerle propose la nomination d'internes à l'Ecole.

Renvoyé à la Commission d'Enseignement.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général, Francis JEAN.

Le secrétaire-adjoint, Dr M. ROY.

Séance du 9 juillet 1895.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Sont présents : MM, Barrié, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Dr Roy et G. Viau.

M. Martinier, au nom de la commission scolaire, lit son rapport sur les examens de fin d'année de la scolarité 1894-95 (session de juin) qui est adopté.

En 1re année, ont obtenu :

MM.	Calame.......	45 points	MM.	Ribard........	36 points
	Viers.........	43 » 1/2		Huron........	35 » 1/2
	Robach.......	39 » 1/2		Pellet........	33 » 1/2
	Mussat........	37 »	Mme	Gelbestein....	32 » 1/2
	Cahen........	36 » 1/2	MM.	Brodeur......	31 » 1/2
	Vincent.......	36 » 1/2		Fort..........	31 » 1/4
	Baumgarden..	36 »			

En conséquence, la 4e inscription est accordée à MM. Calame, Viers, Robach, Mussat, Cahen, Vincent, Baumgarden, Ribard, Huron, Pellet, Mme Gelbestein, MM. Brodeur et Fort, qui sontadmis en deuxième année.

En 2e année, ont obtenu :

MM.	Huguenet.....	64 points	MM.	Alsan	53 points
	Kintgen......	62 »		Mariez........	53 »
	Ash..........	61 »		Gauthé.......	52 » 1/2
	Décolland	60 » 1/2		Giret.........	51 » 1/2
	Papazian.....	59 » 1/2	Mme	Faurou.......	50 » 1/2
	Duvignau.....	57 » 1/2	MM.	Duplan.......	50 » 1/4
	Baudelot......	56 » 1/4		Fortier..	48 » 1/2
	Valderrama...	56 »	Mme	Goudemant...	48 »
Mme	Salomon......	55 » 3/4	MM.	Bonnecarrère.	46 »
MM.	Thumas.......	54 » 3/4		Poudensan ...	44 »
	Sauvigny.....	53 » 1/2			

En conséquence, la 8e inscription est accordée à MM. Huguenet, Kintgen, Ash, Décolland, Lapazian, Duvignau, Baudelot, Valderrama, Mme Salomon, MM. Thumas, Sauvigny, Aslan, Mariez, Gouthé, Giret, Mme Faurou, MM. Duplan, Fortier, Mme Goudemant, MM. Bonnecarrère et Poudensan, qui sont admis en 3e année.

En 3e année, ont obtenu :

MM.	Bruno........	118 points 1/4	MM.	Vichot........	104 »
	Gross........	117 » 3/4		Joly..........	103 » 3/4
	Musatti......	116 »		Marziani.....	96 » 3/4
	Cludius......	114 » 1/2		Weber.......	96 points
Mlle	Maurel.......	107 » 3/4		Wilbert......	94 » 3/4

MM. Schiess......	92	»	1/2	MM. Vergel.......	83	»	1/4
Scribot.......	91	»		Poicteau.....	80	»	
Quillet.......	83	»	1/4	Boëjat.......	77	»	3/4

En conséquence, la 12[e] inscription et le diplôme de l'Ecole sont accordés à MM. Bruno, Gross, Mussatti, Cludius, Mlle Maurel, MM. Vichot, Joly, Marziani, Weber, Wilbert, Schiess, Scribot, Quillet, Vergel de Dios, Poicteau et Boëjat, qui ont subi avec succès l'examen général.

Toutes ces conclusions sont adoptées.

En terminant M. Martinier fait observer que plusieurs professeurs suppléants chargés des fonctions d'assesseurs aux examens de la session de juin, n'ont pas assisté aux examens et ne se sont pas fait excuser.

Sur la proposition de *M. Dubois*, les professeurs suppléants et chefs de clinique seront choisis de préférence comme assesseurs aux examens de septembre. A ce sujet s'engage une discussion à laquelle prennent part *MM. Dubois, Godon* et *Martinier.*

M. le secrétaire général informe le Conseil qu'il a reçu une lettre de M. le D[r] Roy posant sa candidature au poste de professeur suppléant de thérapeutique spéciale.

Il propose la nomination du jury d'examen pour le concours qui devait s'ouvrir le 8 juillet. MM. Godon, Poinsot et Dubois en font partie de droit.

Sont tirés au sort :

MM. Marié, Isch-Wall, Pinet, Blocman, suppléant, Martinier, délégué du Conseil.

Le concours commencera le mardi 16 juillet.

Rapport de *M. le D[r] Roy*, au nom de la commission d'enquête chargée de statuer sur les faits reprochés à l'élève qui s'est rendu coupable d'injures par lettre à l'égard du Directeur de l'Ecole et d'injures et de voies de fait hors du local de l'Ecole à l'égard d'un professeur.

La commission propose la peine d'exclusion jusqu'à la session d'octobre 1896. — Adopté.

Le Conseil décide qu'il n'y a pas d'autre certificat à délivrer à M. R... que celui qui lui a été donné.

M. Lemerle propose que toutes les peines disciplinaires soient portées avec les motifs sur un registre spécial, de façon à former une sorte de code qui faciliterait la besogne des commissions d'enquête.

MM. Païla et Brull sont dispensés du carnet de clinique et autorisés à se présenter aux examens de la session d'octobre.

Demande d'admission de M. Falcoz. Renvoyée au Conseil de famille.

Lettre de M. G. Berry député, qui remercie des soins donnés à la clinique à des personnes qu'il avait recommandées.

Lettre de M. Thioly-Regard remerciant le Conseil des félicitations qu'il a bien voulu lui adresser.

M. Godon annonce qu'il a reçu un télégramme des diplômés de 1895 ainsi conçu :

« Les diplômés de 1895, réunis en un banquet fraternel, lèvent leurs » verres à la prospérité de l'Ecole dentaire en y associant leurs meilleures » pensées de reconnaissance envers leurs dévoués professeurs. »

Le Conseil adresse ses remerciements aux diplômés pour les sentiments de gratitude qu'ils adressent à l'Ecole.

M. Francis Jean propose de ne terminer les cours préparatoires que le mardi 23 juillet.

Après avoir pris connaissance des rapports des professeurs, le Conseil adopte cette proposition.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire-adjoint,
D[r] Roy.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Treizième année) — Ch. GODON, Directeur. — Francis JEAN, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuelement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Q, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Économe.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, Q. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✳ Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, Q, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, Q, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, Q, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, D^r en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, D^r en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Q, D^r en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'École J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, D^r en médecine.
G. Deny, D^r en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher Q, D^r en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, D^r ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, Q, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard Q, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE Q. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

FRESNEL, MEUNIER, HIRSCHBERG, JOSEF, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'École Dentaire de Paris.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2 500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez MM. Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER de suite cabinet anglais, pour cause de changement de situation, dans une ville de 40.000 habitants, faisant 20.000 fr. d'affaires par an. On traiterait pour 10.000 fr. — S'adresser au Journal sous les initiales N. E. W.

UN DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, ancien élève de l'Ecole de New-York, parlant l'anglais et l'espagnol, demande une place d'opérateur. S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, D. H.

CABINET DENTAIRE 1er ordre, à vendre, grande ville du Midi, chiffre d'affaires depuis cinq ans : 186.000 fr., justifiées (moyenne 37.000 par an). Prix demandé 74.000 francs, excellente occasion pour docteur en médecine ayant capital et bon opérateur. S'adresser au bureau du journal, aux initiales B. G.

CABINET A CÉDER dans sous-préfecture de l'Aube, seul, 5,000 francs d'affaires, loyer 500 francs. 7 pièces et dépendances, cour et jardin. Prix très avantageux. Rien comptant. S'adresser au journal.

A CÉDER IMMÉDIATEMENT, dans une grande ville du Midi, le cabinet d'un dentiste américain, ayant fait pendant les années 1892, 1893 et 1894, 35.000 francs d'affaires prouvées (Moyenne par année : 11 à 12.000 francs). On céderait pour 4.000 francs comptant, et pour ce prix on laisserait l'installation complète du salon et du cabinet. — S'adresser à M. Loubières, chirurgien-dentiste, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).

ON DEMANDE un opérateur connaissant la prothèse, diplômé ou patenté ; s'adresser au bureau du journal C. E.

DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, demande situation Paris ou province. Reprendrait aussi bon cabinet. S'adresser bureau du journal initiales D. G. 8.

A REPRENDRE dans une ville de l'Est, un cabinet faisant 18,000 francs d'affaires. Affaire sérieuse. S'adresser chez MM. Reymond frères, 44, Place de la République, Lyon.

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans ville de Préfecture, grande maison avec jardin (*loyer très avantageux*), beau chiffre d'affaires. On céderait pour 4.000 francs comptant. S'adresser au bureau du journal sous les initiales V. Q.

POUR CAUSE DE DÉPART à l'étranger, on céderait pour le prix de l'installation, joli cabinet de chirurgien-dentiste au centre de Paris. S'adresser chez M. Guillois, fournisseur, rue Richer.

A CÉDER, pour cause de santé, dans l'Ouest, un cabinet dentaire existant depuis vingt ans. Recette annuelle des dix dernières années de 20 à 25.000 francs. S'adresser à M. F. Jean, rue Tronchet, 32.

15e ANNÉE. AOUT 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. No 8.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

LE PREMIER CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Après ce Congrès, on peut dire que les Congrès Dentaires Nationaux sont réellement fondés en France. L'expérience vient de prouver qu'il était possible et profitable de réunir annuellement les dentistes français sur un point quelconque du territoire, pour examiner et discuter les questions scientifiques et déontologiques qui les préoccupent.

Aux Sociétés parisiennes et provinciales existantes vient de s'en ajouter une autre : celle de tous les dentistes exerçant en France ; ce ne sera pas la moins écoutée et la moins influente.

On peut discuter la valeur des décisions de telles ou telles Sociétés se recrutant exclusivement dans un groupe particulier.

On ne peut récuser la valeur représentative d'une assemblée constituée de praticiens de différentes parties du territoire, les uns ayant fait tout d'abord des études médicales, les autres des études dentaires. Or, si dans ce milieu il se dégage un courant général qui entraîne tous les hommes de bonne foi et de bon vouloir, comme cela s'est vu à Bordeaux, on ne peut qu'y applaudir et souhaiter que des réunions et des circonstances semblables se produisent à l'avenir.

Au point de vue scientifique, les résultats sont de nature à frapper tous les esprits attentifs à l'évolution du dentiste dans ce pays. Les nombreuses communications de valeur que nous avons entendues montrent avec une évidence frappante que dans nos rangs les idées s'élargissent, les préoccupations s'élèvent et même que leur expression se précise de la manière la plus heureuse.

Sur ce point une première remarque s'impose : c'est le nombre de travaux réellement originaux qui ont été présentés. Sur les substances obturatrices, sur le redressement, sur l'anatomie normale et pathologique, MM. Lemerle, Godon, Choquet, Beltrami, F. Jean (pour ne citer que ce qui personnellement nous

a le plus frappé) ont présenté des travaux qui resteront. Ils ont montré qu'on ne devait plus se contenter des opinions toutes faites et ressassées par les auteurs, mais qu'il fallait leur substituer des idées nettes, éclairées à la lumière de l'observation directe et de l'expérience précise.

Dans un autre ordre d'idées, on ne peut qu'applaudir au talent d'exposition, à l'abondance documentaire de certaines communications comme celles de MM. Martinier, Dunogier et Joseph. Le rapport de M. Martinier, résultat d'un long travail, demeurera pendant longtemps le document à consulter pour la connaissance des différents systèmes d'orthopédie dentaire et l'appréciation de leur valeur relative. Il est à souhaiter que les Congrès futurs trouvent des rapporteurs aussi consciencieux, aussi maîtres de leur sujet que le rapporteur chargé d'exposer la question du redressement.

Travaux originaux et communications historiques et critiques ont montré la puissance de travail et d'assimilation scientifique de jeunes praticiens qui n'ont pas passé par les laminoirs de l'Université et n'ont pas été formés (ou déformés) par le moulage classique.

De semblables réunions prouvent que les catégories où les vanités cherchent à se cantonner, afin d'établir une hiérarchisation basée sur les diplômes, sont bien factices et tiennent peu devant une comparaison faite à la grande lumière de la discussion en commun.

Au milieu des compétitions professionnelles que crée la situation transitoire actuelle, en présence des nécessités d'organisation d'enseignement de l'art dentaire, les dentistes français ont pris le bon parti : travailler d'abord, puis attendre avec confiance que les règlements et les pouvoirs publics reconnaissent leurs services.

Tous ceux qui ont assisté au Congrès de Bordeaux, tous ceux qui liront le compte-rendu de ses séances, conviendront avec nous que deux tendances se dégagent du mouvement professionnel dont il a été l'expression :

Elévation scientifique de la masse, politique de conciliation pour rallier toutes les forces vives de la profession.

Les résultats ne se feront pas attendre longtemps.

P. Dubois.

TRAVAUX ORIGINAUX

BACTÉRIOLOGIE BUCCALE

Par MM. Grimbert et Choquet

Présence du coli bacille dans la cavité buccale

(*Communication présentée au Congrès Dentaire National.*)

(MÉDAILLE D'OR DU CONGRÈS)

Je vais avoir l'honneur de vous soumettre, au nom de M. Grimbert, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, et au mien, les résultats de quelques expériences que nous avons entreprises pour démontrer la présence presque constante dans la cavité buccale d'un microbe n'y ayant été décrit que d'une façon accidentelle.

Mais auparavant il serait bon de dire quelques mots sur les résultats qu'entraînent les recherches semblables à celle-ci.

La bactériologie buccale, telle que l'ont comprise certains auteurs, est une œuvre vaine, car quels avantages pouvons-nous tirer de travaux scientifiques dans lesquels on vient nous annoncer qu'au cours de recherches, on a trouvé dans la bouche des dizaines, des centaines même de microbes, si en même temps on ne nous décrit pas les caractères biologiques et morphologiques de ceux-ci, les réactions chimiques auxquelles ils peuvent donner naissance, les fermentations qu'ils peuvent produire et surtout le degré de pathogénie qu'ils possèdent ?

Dans de semblables recherches il ne suffit pas de dire : j'ai trouvé tel microbe auquel je donne le nom de A par exemple. Il faut le cultiver dans des milieux de culture aussi nombreux que variés et voir la forme que prennent les colonies, s'il s'agit de milieux solides ; les bouillons, s'il s'agit de milieux liquides. Il faut suivre jour par jour les changements qui peuvent se produire et surtout se rendre compte, par l'inoculation aux animaux d'expérience, des désordres que cette inoculation peut amener dans l'organisme.

Il ne faut pas non plus oublier de noter l'endroit où le prélèvement du microbe aura été fait, l'état de la bouche, l'état de santé, au besoin les maladies antérieures.

Si l'on ne procède pas de cette façon, la bactériologie buccale n'a pas de raison d'être. D'ailleurs, autant de bouches, autant de flores différentes, surtout si l'on fait des prélèvements de mucus quelque temps après le repas.

Encore une fois, il ne suffit pas de numéroter les micro-organismes que l'on peut trouver dans la bouche, car quand on en aura ainsi catalogué des centaines et des milliers, on en trouvera encore autant et, en fin de compte, si l'on veut les prendre séparément et les étudier à fond, on arrivera au résultat suivant : des milliers de mi-

crobes qui auront été décrits, il en restera quelques dizaines seulement absolument différents.

Il est donc préférable, à notre avis, de ne pas embrasser un trop vaste champ d'expériences et de se contenter de rechercher une seule espèce que l'on suppose devoir rencontrer dans la bouche ou dans ses annexes.

Si l'on veut étudier consciencieusement cette espèce, il faudra des semaines, des mois, quelquefois même des années avant d'arriver à un résultat probant. Et lorsqu'on aura la conviction que l'on est arrivé au but qu'on s'était proposé, il faudra essayer, par tous les moyens possibles, de prouver que les expériences entreprises ont été mal conduites.

On les recommencera plusieurs fois de suite, et si les résultats sont toujours les mêmes, alors seulement on pourra affirmer avec certitude que l'on a trouvé tel ou tel microbe.

C'est grâce à ce procédé de ne rien avancer à la légère que la bactériologie, cette science si éminemment française, a dû de prendre un tel développement, car toutes les découvertes qu'a faites son créateur, Pasteur, ont été soigneusement contrôlées par lui avant d'entrer dans le domaine de la science et n'ont jamais donné lieu à des erreurs.

Encore une fois il est donc préférable de se cantonner, de se localiser dans un tout petit coin de la bactériologie buccale, au lieu de vouloir embrasser d'un seul coup la flore si variée que contient la bouche.

D'ailleurs de semblables recherches ont déjà été faites au sujet du pneumocoque, des staphylocoques, des streptocoques, du bacille de Löffler, etc., etc.

Quant à nous, nous avons fait choix du bacille d'Escherick, que l'on désigne plus fréquemment sous le nom de bactérium coli communis ou encore de coli bacille.

Sur les conseils de M. Grimbert, qui s'est fait une spécialité de rechercher ce microbe aussi bien dans les eaux naturelles que dans les eaux dites minérales, j'ai profité de la facilité que nous offrait la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris pour entreprendre quelques recherches, qui, comme vous pourrez en juger, ont pleinement confirmé l'opinion émise par M. Grimbert que l'on devait trouver le bacille d'Escherick dans la cavité buccale d'une façon assez fréquente.

Nos recherches ont porté sur 60 sujets des deux sexes et de tout âge, les uns d'une santé robuste, les autres, au contraire, ayant eu différentes maladies.

Nous avons eu bien soin de noter l'âge, le sexe, l'état général, l'état de la dentition, les maladies antérieures, ainsi que l'endroit où le prélèvement du mucus a été fait.

Nous tâcherons de mettre le plus de clarté possible dans tous les détails de cette communication, de façon à faciliter les recherches que vous seriez tentés de faire par la suite. Mais avant d'entreprendre la définition ou plutôt la description des divers modes de cul-

ture que nécessite la recherche du bacille qui nous intéresse, nous croyons qu'il serait bon de dire quelques mots de ses caractères biologiques et morphologiques.

Disons tout d'abord que le coli bacille est un anaérobie facultatif, c'est-à-dire qu'il possède le pouvoir de pousser aussi bien en présence de l'air que d'un gaz inerte ou dans le vide.

En 1884, Escherick, le premier, a signalé sa présence dans les matières fécales des enfants nouveau-nés, et depuis cette époque nombreux sont les travaux qui ont été publiés à ce sujet. Citons ceux de MM. Roux (de Lyon) et Rodet, 1889-1891 ; Laruelle, 1891 ; Malvoz, 1891 ; Gilbert et Lion, 1892 ; Grimbert, 1893-1894 ; Chantemesse et Widal, 1893 ; Péré, 1894, à qui l'on doit une excellente méthode de recherche de ce bacille.

Nous disions plus haut qu'Escherick avait trouvé le coli bacille dans les matières fécales des enfants nouveau-nés et cela sans que ces enfants eussent ingéré quoi que ce fût.

En poursuivant ses recherches, il trouva que l'intestin d'un enfant mort-né ne donnait jamais de culture du coli bacille. Il renouvela ses expériences et le résultat fut toujours négatif.

Toujours est-il que ce bacille se trouve toujours contenu dans les matières fécales des différents sujets, mais plus ou moins associé à d'autres micro-organismes.

Ainsi, chez l'enfant exclusivement nourri de lait, on ne le trouve guère associé qu'au bacille lactique, tandis que chez l'adulte et le sujet fait il se trouve mélangé à une quantité considérable d'autres microbes.

Quoique son lieu d'élection se trouve situé au niveau du duodénum, l'Ecole Lyonnaise a prouvé que l'on pouvait le rencontrer dans toute la longueur du tractus intestinal depuis l'estomac jusqu'à l'anus.

C'est précisément sur la partie du tube digestif qui avait été omise que nous avons voulu porter nos recherches et les résultats que nous avons obtenus ont dépassé de beaucoup les espérances que nous avions formées.

On a tout d'abord considéré le bacille d'Escherick comme un microbe vulgaire, un saprophyte banal, mais bientôt on a été forcé de se rendre compte qu'il pouvait être très pathogène. C'est ainsi qu'on a pu lui attribuer certaines péritonites, des entérites, des bronchopneumonies, des amygdalites.

Il a été reconnu comme la cause de certains cas de choléra infantile, de choléra nostras, de cystites, etc. Il possède, à peu de chose près, les mêmes caractères morphologiques que le bacille typhique ou d'Eberth.

C'est ce qui fait que bien souvent on a attribué à ce dernier des lésions qui étaient dues exclusivement au bacille coli.

Le bacille coli se présente sous forme d'un petit bâtonnet, arrondi aux extrémités, d'une longueur de 2 à 4 μ et trois fois plus long que large. La forme bacillaire est la plus fréquente. On pourra cependant se trouver en présence de formes filamenteuses ou de formes cocciques.

Tout cela dépendra du milieu de culture et de la température à laquelle ce dernier aura été soumis.

Ainsi, si on le cultive dans du bouillon simple ou peptonisé, en laissant le tube à la température extérieure, on se trouvera, à l'examen microscopique, en présence de longs filaments ayant une grande analogie avec le *leptothrix buccalis* ou la bactéridie charbonneuse.

Dans d'autres cas, il se présentera sous la forme de microcoques. Tel est le cas pour la culture en bouillon phéniqué.

Il ne faut donc jamais se baser exclusivement sur la forme d'un microbe. C'est sur l'ensemble des caractères qu'il présente dans les différents milieux de culture, ainsi que sur ses propriétés biologiques et chimiques, *qu'on peut et qu'on doit établir son diagnostic.*

Examiné à l'état vivant, c'est-à-dire en chambre humide, on le voit animé de deux mouvements différents absolument caractéristiques :

1° Un mouvement d'oscillation très rapide;

2° Un mouvement de culbute aussi rapide.

Ces mouvements sont dus à des flagella ou cils vibratiles que Klenensiewicz le premier a réussi à mettre en évidence en 1892.

Le coli bacille n'est pas le seul à en posséder, car le bacille virgule, le bacille typhique, le bacille subtilis et tant d'autres en sont munis.

D'après les recherches de MM. Nicolle et Morax, recherches qui ont été publiées dans les Annales de l'Institut Pasteur, le coli possède toujours moins de flagella que le bacille typhique.

Le maximum en est exceptionnellement de 8 ou 10, tandis que le bacille d'Eberth en possède fréquemment de 10 à 12.

En tous cas, nous avons été à même de remarquer, en comparant deux photomicrographies de bacille typhique et de bacille coli, cultivés dans les mêmes conditions, et grossis le même nombre de fois, que les flagella du premier sont plutôt courts et épais, tandis que ceux du second sont beaucoup plus longs et plus grêles.

Le coli bacille se colore bien par la fuchsine phéniquée de Ziehl, le bleu de méthylène et la plupart des couleurs d'aniline; mais, caractère essentiel, *il ne prend pas le gram* ; le bacille typhique non plus.

Dans tous les cas de coloration proprement dite avec les couleurs d'aniline, le microbe seul se colore et les flagella restent invisibles.

Si l'on veut se rendre compte du nombre et de la disposition de ces derniers, il faut avoir recours aux méthodes de Löffler, de Nicolle et Morax, de Hessert ou encore et surtout à la méthode des imprégnations préconisée par Van Ermengen.

Voici la manière d'employer cette dernière, qui donne certainement les meilleurs résultats.

La première condition pour réussir est de prendre, autant qu'il est possible, une culture récente de coli bacille que l'on peut obtenir de la façon suivante :

Dans un tube contenant une culture pure du bacille d'Escherick,

on prélève, au moyen d'une aiguille de platine stérilisée, quelques traus du liquide ou du solide, suivant le milieu, traus que l'on ensemence en stries sur un tube d'agar. Ce tube est mis à l'étuve à 35°. En règle générale, au bout de 5 à 6 heures, la culture sur la gélose se présente sous forme d'une trace blanchâtre. On prend alors une trace de cette matière, toujours au moyen d'un fil de platine, et on la dilue dans de l'eau distillée que contient un verre de montre, de façon que, par suite de cette dilution, on n'aperçoive qu'un très léger trouble dans le liquide.

Ceci fait, on prépare une lamelle de la façon suivante : l'ayant assujettie dans les mors d'une pince de Cornet, on verse dessus quelques gouttes d'un mélange à parties égales d'alcool et d'éther, de façon à la débarrasser de toutes les matières grasses qui l'imprègnent.

On l'essuie avec un linge fin et on la passe trois ou quatre fois, *à plat*, dans la flamme d'une lampe à alcool.

Ce procédé a pour but de permettre à la goutte de liquide qu'on y déposera de s'étaler uniformément sur la lamelle.

Une fois le liquide déposé au moyen d'une pipette fine, on l'étale au moyen de la pipette elle-même, de façon à le bien répartir sur toute la surface. On aspire l'excédent du liquide et on laisse sécher la lamelle, soit à l'air libre, soit dans l'étuve.

Une fois la dessication obtenue, on fixe la préparation, non pas à la chaleur, mais avec le mélange d'alcool et d'éther que nous avons indiqué plus haut, de façon à faire subir le moins de changements possible au microbe lui-même et à ses flagella.

On fait évaporer l'acool et l'éther en plaçant la lamelle dans l'étuve et la préparation est prête à être colorée ou plutôt imprégnée, car il s'agit ici d'une véritable imprégnation.

A cet effet, on verse dessus quelques gouttes d'un bain fixateur ainsi composé :

Solution d'acide osmique à 2 0/0..............	1 gr.
Solution de tannin de 10 à 5 0/0..............	2

On laisse ce mélange agir à froid pendant une demi-heure ou bien, si l'on est pressé, pendant cinq minutes à 60 degrés.

Au bout de ce temps, on lave aussi soigneusement qu'il est possible les préparations à l'eau et à l'alcool et on les introduit pendant quelques secondes dans un bain sensibilisateur de nitrate d'argent à très faible titre : 0, 5 à 0, 25 0/0. Au sortir de ce bain et sans laver, on fait agir un bain réducteur contenant :

Acide gallique....................................	5 gr.
Tannin..	3
Acétate de soude fondu..........................	10
Eau distillée......................................	350

On n'y laisse les lamelles que quelques instants puis, on les immerge dans le bain d'argent dont la composition a été donnée et l'on arrête l'action lorsque ce bain commence à noircir. On lave

alors les lamelles à grande eau, on les sèche et on les monte au baume.

Occupons-nous maintenant des milieux nutritifs dans lesquels on peut cultiver le coli bacille, que ces milieux soient liquides ou solides.

Bouillon. Si on cultive le bacille d'Escherick dans du bouillon, que celui-ci soit simple ou peptonisé, il s'y développe bien. Il le trouble très rapidement et celui-ci, au bout de quelques jours, présente un voile léger et un dépôt floconneux.

Gélatine. Cultivé sur gélatine, le coli bacille présente des caractères qui permettent de le différencier de la plupart des autres micro-organismes et qui ne peuvent guère le faire confondre qu'avec le bacille typhique.

En aucun cas, la gélatine n'est liquifiée, que l'ensemencement ait été fait en piqûre, en stries, ou bien qu'on ait étalé la gélatine dans une boîte de Pétri pour faire les séparations.

Ensemencé par piqûre, il se forme, au bout d'un jour ou deux, le long du trait d'inoculation, de petites colonies, tout d'abord blanches, qui deviennent bleutées avec des reflets nacrés et finissent en vieillissant par devenir absolument bleu laiteux lorsqu'on les regarde par transparence.

Si, au lieu de l'ensemencer en piqûre, on fait l'inoculation en stries, ce qui est plutôt le cas de la culture sur gélose, on voit se former une ligne légère, blanchâtre, puis bleutée à contours dentelés.

Ensemencé dans un tube de gélatine que l'on a liquéfiée et versée dans une boîte de Pétri, on possède alors un moyen de diagnostic ou plutôt de pronostic à peu près sûr que l'on se trouve en présence du bacille d'Escherick.

Au bout d'un jour ou deux, on verra se produire, soit dans l'épaisseur (car nous avons déjà dit que le coli est un anaérobie facultatif), soit à la surface de la gélatine des colonies différentes, il est vrai, mais donnant toujours du coli à l'examen microscopique.

Les colonies naissant à la surface de la gélatine se présenteront sous une forme absolument caractéristique : la forme en îlots de glace que le typhique présente, lui aussi, sur la gélatine. Celles qui naissent dans la profondeur se présenteront sous forme de grains discoïdes ovalaires, à reflets jaunâtres qui semblent ne plus s'accroître à partir du quatrième jour et qui n'ont rien de caractéristique.

Gélose. La gélose classique est un excellent milieu de culture pour le coli bacille. Il en est de même pour la gélose peptonisée ou encore glycérinée, milieu qui sera tout spécialement approprié aux inoculations en stries.

On peut dire qu'en règle générale, lorsqu'on fait un ensemencement sur gélose et qu'il y a du coli, les colonies de ce dernier commenceront à apparaître cinq à six heures après, tout d'abord sous forme d'une trace blanchâtre à reflets irisés, qui ira en s'épaississant de plus en plus et finira par devenir au bout de quelques jours d'un blanc jaune sale.

Pommes de terre. Il ne nous reste plus à parler maintenant, comme milieu de culture proprement dit, que de la pomme de terre.

Certains auteurs ont prétendu que les colonies se développant sur pomme de terre étaient un signe absolument précis de la présence du coli bacille.

Nous venons de passer en revue les différents milieux de culture appropriés au développement du coli bacille. Il nous faut parler maintenant des propriétés fermentatives qu'il possède, ainsi que des réactions chimiques qu'il peut produire, fermentations et réactions qui serviront à le différencier des espèces voisines.

Lait. Si l'on vient à ensemencer du lait avec une culture de coli bacille, il se produit le phénomène suivant : au bout de quelques jours, le lait est coagulé par décomposition de la lactose. Le bacille typhique, lui, n'a aucune action.

Lactose. Ensemencé dans la lactose, il se produit, au bout de 24 à 48 heures, une fermentation assez marquée, caractérisée par la présence de nombreuses bulles de gaz qui viennent crever à la surface du liquide.

Le bacille d'Eberth reste sans action sur la lactose.

Peptone. Cultivé dans la peptone, le coli bacille donne au bout de 2 ou 3 jours de l'indol dont nous reparlerons plus loin.

Le bacille typhique n'en forme jamais.

D'après ce que nous venons de dire, il n'y a donc pas moyen de confondre le bacille d'Escherick avec le bacille d'Eberth.

Méthode employée pour la recherche du coli bacille.

La méthode que nous avons employée est celle indiquée par M. Péré, dans les Annales de l'Institut Pasteur, pour la recherche du coli bacille dans les eaux et, hâtons-nous de le dire, applicable en tous points à la recherche du même bacille dans la cavité buccale.

Nous l'avons légèrement modifiée et simplifiée sur les conseils de M. Grimbert.

Cette méthode est basée sur l'emploi de milieux phéniqués. Elle peut paraître un peu longue de prime abord, mais elle possède cet immense avantage de favoriser plus que toute autre la recherche du coli bacille. Voici comment il faut opérer :

Le mucus, une fois recueilli dans la partie de la bouche que l'on jugera convenable, mais principalement dans les cryptes amygdaliennes, soit au moyen d'un fil de platine en anse, soit au moyen d'un plumasseau de coton porté sur une tige de bois ou de métal, (le tout ayant été stérilisé au préalable) est ensemencé directement dans un tube contenant du bouillon phéniqué dont la composition est la suivante :

Bouillon simple	100 cent. cubes.
Eau distillée	900 —

Le bouillon simple se prépare de la façon suivante :

On répartit dans des tubes à essais 9 centimètres cubes du liquide dont nous venons d'indiquer la formule et l'on stérilise à l'autoclave

à 120° pendant 10 minutes. Une fois que le liquide est refroidi, on ajoute dans chaque tube un centimètre cube d'eau phéniquée à 1 0/0.

On a ainsi un milieu de culture ressemblant à de l'eau claire, mais présentant cependant des qualités suffisantes au développement du coli bacille, mais insuffisantes pour bien des micro-organismes contenus dans la cavité buccale,

On ensemence le mucus prélevé dans ce tube que l'on numérote 1 et que l'on porte à l'étuve à 35°, en ayant soin que la température ne dépasse pas 36°.

On attend que le trouble se produise, ce qui se fait généralement en 10 ou 12 heures s'il y a du coli, et l'on prélève alors avec une pipette stérilisée quelques gouttes de ce bouillon que l'on transporte dans un autre tube de même composition que l'on numérotera 2. Lorsque la culture commence à s'apercevoir, on reprend quelques gouttes de bouillon que l'on transporte, non pas dans un tube de bouillon phéniqué, mais bien dans un tube de bouillon ordinaire auquel on donne le numéro 3. On porte à l'étuve à 35° et, lorsqu'une fois encore le bouillon s'est troublé, on plonge dedans, non plus une pipette, mais la pointe d'une aiguille stérilisée au moyen de laquelle on fait un ensemencement dans un tube de gélatine que l'on a liquifiée au préalable à une douce chaleur.

Une fois l'ensemencement fait, on fait rouler le tube entre ses doigts pendant quelques instants, de façon à bien mélanger et répartir le peu de bouillon qui a été inoculé, puis, lorsque l'on juge la dissémination complète, on verse la gélatine dans une boîte de Pétri que l'on porte immédiatement dans un endroit sombre.

Lorsque les colonies ont commencé à pousser, ce qui, comme nous le disions plus haut, demande un jour ou deux, on ne s'occupera que de celles présentant l'aspect en îlots de glace.

On en prend alors une parcelle avec la pointe d'une aiguille de platine flambée, et on l'ensemence dans un tube de bouillon ordinaire que l'on porte à l'étuve à 35°.

Le lendemain, ou quelquefois même dans la journée, le bouillon est décomposé.

On en prélève alors avec un fil de platine quelques gouttes avec lesquelles on inocule successivement :

1° Un tube de peptone;
2° Un tube de lactose ;
3° Un tube d'agar;
4° Un tube de pomme de terre.

Si réellement on se trouve en présence du coli bacille, nous obtiendrons ici la confirmation de nos recherches, savoir :

1° La culture sur peptone donnera de l'indol très appréciable au bout de 24 heures. Cet indol, que ne donne jamais le bacille typhique, nous permettra de ne pas le confondre avec ce dernier ;

2° La lactose fermentera très fortement, ce que le bacille typhique ne fait pas.

3° La pomme de terre donnera le plus souvent une trace jaune épaisse.

Quant à la gélose, elle nous donnera les caractères de développement que nous avons indiqués lorsque nous avons parlé des milieux de culture.

Pour préparer les différents milieux de culture que nous venons d'indiquer, voici comment il faut procédér :

Pour la peptone on prendra :

Peptone sèche	3 gr.
Eau distillée	100

On fait dissoudre, on alcalinise à la soude, on passe à l'autoclave à 120° pendant 10 minutes et l'on filtre à chaud. Le liquide de filtration est alors réparti dans des tubes à essais que l'on porte à l'autoclave à 120° pendant 10 minutes.

Une fois refroidis, on les sort et on peut les utiliser de la manière que nous avons indiquée plus haut.

La lactose se prépare en mélangeant :

Peptone sèche	1 gr.
Eau distillée	100

On opère comme si l'on voulait faire de la peptone seule, mais au liquide filtré on ajoute 3 grammes de lactose.

Une fois celle-ci dissoute complètement, on répartit le tout dans des tubes à essais, à chacun desquels on ajoute une pincée de craie pulvérisée.

On porte à l'autoclave comme précédemment et les tubes sont prêts à être ensemencés.

Il ne nous reste plus à parler maintenant que de l'indol et de la manière de déceler sa présence, car ici se trouve, commé nous le disions plus haut, la réaction absolument sûre grâce à laquelle nous pouvons affirmer que nous nous sommes en présence du coli bacille.

Pour obtenir la réaction de l'indol que l'on trouve aussi dans divers autres micro-organismes tels que le bacille virgule, les bacilles de Miller, le bacillus pyogènes fœtidus, on procède de la façon suivante.

On attend que les tubes contenant la peptone soient troublés depuis au moins 48 heures, de façon que l'indol ait eu le temps de se produire, ce dont on peut déjà se rendre compte par l'odeur, et au bout de ce temps, on ajoule à ce tube de peptone :

20 gouttes d'une solution d'azotite de potasse à 0, 02 0/0 et 20 gouttes d'acide sulfurique pur.

Il se produit immédiatement une coloration rouge groseille plus ou moins intense, grâce à laquelle nous pouvons affirmer que nous nous trouvons en présence du bacille d'Escherick.

Si, au cours de vos recherches, vous obtenez les caractères de développement que nous venons d'indiquer et que nous répétons encore, savoir : culture dans les bouillons phéniqués, colonies en îlots de glace sur la gélatine, fermentation dans la lactose et la peptone, et que vous n'obteniez pas la coloration rouge groseille,

c'est-à-dire la réaction de l'indol, ce n'est pas le coli bacille en présence duquel vous vous trouvez, ce n'est qu'un pseudo-coli.

Telle est la marche qu'il vous faudra suivre si vous voulez rechercher le coli bacille dans la cavité buccale.

Il ne nous reste plus qu'à vous soumettre maintenant le résultat de nos recherches, résultat qui viendra accroître la flore déjà si nombreuse des microbes pathogènes contenus dans la bouche.

Nombre d'expériences : 60

dont { hommes........ 21 / femmes......... 39 } = 60

La présence du coli bacille a été signalée 27 fois,

dont { hommes........ 12 / femmes......... 15 } = 27 0/0 { 56,6 0/0 / 38,4 0/0 }

Ce qui nous donne un pour cent de 45 0/0 pour le total.

Le mucus ayant servi aux inoculations a été recueilli sur :

Gencives	5 fois.	Présence du C. B.	2 fois	—	40	0/0
Langue..	7 fois.	» »	3 fois	—	42,85	0/0
Plancher de la bouche.	9 fois.	» »	2 fois	—	22,22	0/0
Repli gingival.........	3 fois.	» »	1 fois	=	33,33	0/0
Amygdales............	36 fois.	» »	19 fois	=	52,77	0/0
Total.........	60	Total.........	27			

La dentition était :

En très bon état...	9 fois.	Présence du C. B.	=	4 fois.
En bon état.......	30 fois.	» »	=	16 fois.
En assez bon état.	10 fois.	» »	=	5 fois.
En mauvais état..	11 fois.	» »	=	2 fois.
Total.....	60	Total.....		27

Comme autres micro-organismes que le coli bacille et ayant, comme lui résisté aux bouillons phéniqués, nous avons trouvé :

Le staphylocoque doré.....	16 fois	soit.....	26,6	0/0
Le staphylocoque blanc....	15 fois	soit.....	25	0/0
Le staphylococcus citreus....	1 fois	soit.....	1,66	0/0
Le leptothrix buccalis.......	1 fois	soit.....	1,66	0/0
Le streptocoque............	2 fois	soit.....	3,33	0/0
Les sarcines jaunes et rouges.	6 fois	soit.....	10	0/0
Des microbes inconnus.....	4 fois	soit.....	6,66	0/0

Vous serez peut-être effrayés de tous les détails que nous venons de vous donner, mais si nous avons tenu à bien vous indiquer le procédé opératoire qu'il faut suivre *à la lettre*, c'est pour vous éviter les ennuis et les déceptions que vous pourriez rencontrer, si, comme nous en sommes persuadés, vous étiez tentés de vous rendre compte par vous-mêmes des résultats que nous venons de vous soumettre.

UTILITÉ DE LA PHOTOGRAPHIE DANS LES RECHERCHES D'HISTOLOGIE ET DE BACTÉRIOLOGIE.

Par M. J. Choquet,
Préparateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication faite au Congrès de Bordeaux.*)

Présenter dans un Congrès dentaire une communication sur une question de photographie, cela peut, de prime abord, vous paraître étrange. Néanmoins, je ne doute pas qu'après m'avoir prêté quelques moments d'attention, vous ne soyez de mon avis et que vous ne vous rendiez compte que, toute déplacée qu'elle puisse paraître, cette communication peut-être de quelque utilité.

L'histologie et la bactériologie ont acquis aujourd'hui un tel développement que celui qui veut se livrer à l'étude de ces deux sciences, doit, pour le faire avec fruit, posséder tous les moyens propres à lui faciliter ses recherches.

A notre avis, il ne suffit pas de conserver une notion vague et pour ainsi dire mal définie de la structure de telle ou telle partie de l'organisme, de la conformation de tel ou tel microbe.

Il faut avoir constamment sous les yeux la reproduction exacte et absolument parfaite des préparations que l'on a étudiées et que l'on se propose d'étudier à nouveau.

Avec le microscope seul, il y a d'abord perte de temps (surtout s'il s'agit de bactéries) pour retrouver la partie de la préparation que l'on sait présenter de l'intérêt.

Puis, cette partie intéressante se présentant de nouveau sous le champ de l'objectif, comment la comparer avec fruit avec une autre espèce offrant à peu près les mêmes caractères morphologiques?

Malgré toute l'attention que l'on pourra prêter à cet examen, et par suite de la perte de temps résultant des deux comparaisons, il existera toujours une certaine confusion, un certain oubli de quelques fins détails qui, au début, ne semblent pas avoir d'importance, mais qui, cependant, par suite d'un examen plus approfondi, comme seules peuvent le permettre deux épreuves photomicrographiques, les différencient complètement.

Nous pourrions aussi, il est vrai, comparer ces deux préparations au moyen d'un dessin obtenu avec la chambre claire, mais, avec cet instrument on ne peut guère obtenir que le contour des tissus, et encore le grossissement employé ne doit-il pas être bien fort. De plus, on est toujours tenté, et cela malgré soi, d'ajouter quelques fioritures, quelques fins détails qui n'existent pas, tandis qu'avec la photographie on peut être assuré que ce que reproduira l'épreuve sur papier, sera l'expression exacte de la vérité, si laide soit-elle.

La photographie seule nous permettra de distinguer des éléments que notre œil est incapable de percevoir, et nous mettrons, en comparaison, moins de temps pour faire une bonne photomicrographie que nous n'en aurions mis pour faire un dessin avec la chambre claire

De plus, les épreuves, une fois terminées, pourront être réunies par séries, par classes, par ordres, et celui qui possédera une semblable collection pourra, sans fatigue et sans perte de temps, contrôler à chaque instant tel ou tel sujet qui lui semblera présenter de l'intérêt.

Il aura des données qui lui permettront de compléter ses travaux, de compulser, de comparer, de réfuter certaines théories qu'il suppose erronées.

En un mot, il aura entre les mains un instrument hors ligne, grâce auquel il lui sera possible d'augmenter dans de notables proportions la somme de ses connaissances scientifiques.

En France, malheureusement, ils sont peu nombreux ceux qui, non seulement se passionnent pour la photomicrographie, mais encore s'en occupent, tandis qu'en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et tant d'autres pays, les savants, les praticiens mêmes, ont compris tout le parti que l'on peut retirer de ces deux merveilleux appareils que nous avons aujourd'hui à notre disposition : le microscope et la chambre noire.

Ils ne reculent pas devant l'achat d'instruments, coûteux la plupart du temps, car ils savent qu'ils auront vite regagné les quelques centaines de francs qu'ils auront dépensées, non seulement au point de vue pécuniaire, mais encore et surtout au point de vue scientifique.

Aussi tâcherai-je d'être aussi clair et aussi concis qu'il est possible, de façon à ne pas embarrasser votre esprit d'une foule de détails qui n'ont leur place que dans les traités spéciaux. Nous savons par nous-même à combien d'obstacles nous nous sommes heurté lorsque nous avons commencé nos recherches et les sommes de travail et d'argent qu'elles nous ont coûté.

Nous espérons que ce modeste travail, en aplanissant une grande partie des difficultés qui pourraient surgir devant vous, pourra vous être de quelque utilité et faciliter les travaux que vous seriez tentés de faire.

Les deux instruments indispensables dans l'étude qui nous intéresse sont :

Le microscope ;

La chambre noire.

Mais, si vous les connaissez pour vous en être servis séparément, soit dans la pratique microscopique proprement dite, soit dans la pratique photographique il y a certainement quelques détails résultant de la réunion de ces deux pratiques, détails que vous ignorez.

Ces lacunes, nous allons essayer de les combler. Et tout d'abord, occupons-nous du microscope. En commençant, nous disions que pour faire de la photomicrographie il était indispensable de posséder un microscope et une chambre noire.

Eh bien, quitte à nous contredire, nous dirons que le microscope n'est pas toujours utile et que, dans certains cas, on peut parfaitement s'en passer et se contenter d'un simple objectif de chambre noire.

Mais, nous nous empressons de l'ajouter, dans le cas présent, il

ne faut pas songer à obtenir de bien forts grossissements. Amplifiez 50, 100, 200 fois, c'est tout ce que vous pourrez obtenir. Les résultats seront déjà très beaux, mais, comme vous vous en doutez bien, ce procédé ne pourra s'employer qu'à l'étude de l'histologie soit normale, soit pathologique.

Nous reviendrons du reste en temps et lieu sur ce sujet.

Si l'on veut faire de la photographie de bactéries, ou de coupes de tissus renfermant des bactéries, l'objectif seul de la chambre noire ordinaire est de toute inutilité. Il nous faudra dans ce cas qui, comme vous le savez, nécessite des grossissements variant de 350 à 12 ou 1500, il nous faudra le microscope lui-même, mais associé à la chambre noire.

On peut employer n'importe quel modèle, cependant on aura toujours plus d'avantages à se servir d'un instrument muni du mouvement de renversement et surtout d'une vis micrométrique. Nous allons voir pourquoi.

Un microscope pouvant s'incliner pourra être utilisé dans tous les cas, que l'appareil de photomicrographie soit vertical, oblique ou horizontal.

Tandis que, si vous ne possédez qu'un microscope droit et que votre appareil de photomicrographie soit horizontal, vous ne pourrez autant dire vous servir d'aucun des deux, à moins d'employer des procédés de fixation qui ne vous donneront rien de bon.

Passons maintenant à la vis micrométrique. Cette vis est de toute utilité, surtout lorsqu'il s'agit de faire de très forts grossissements, comme pour le bacille de la tuberculose et lorsque l'on donne à la chambre noire un fort développement pour agrandir la projection. C'est grâce à elle que l'on pourra effectuer une mise au point rigoureuse, mise au point qu'il est impossible de réaliser, si la monture du microscope est à glissement ou même à crémaillère. La chambre noire, elle, ou du moins les appareils de photomicrographie, sont aussi nombreux que variés, quoiqu'ils soient tous basés sur le même principe. Les fabricants en ont construit d'horizontaux, de verticaux, d'autres pouvant prendre ces deux positions et même la position oblique. Chacune de ces positions peut avoir son avantage, sauf l'oblique qui doit être absolument proscrite de tout laboratoire. Du reste, les fabricants ont parfaitement compris la mauvaise qualité et les mauvais résultats que l'on obtenait avec de semblables appareils, car ils n'en font plus de semblables. Nous ne nous trouvons donc plus en présence que d'appareils nécessitant un microscope à renversement ou d'appareils employant n'importe quel microscope. Les premiers peuvent atteindre des dimensions formidables, tandis que les seconds sont, au contraire, en règle générale, d'un transport et d'un maniement très commodes.

Nous tenons à faire ici une petite réflexion, c'est que les dispositifs les plus simples sont toujours ceux qui nous ont donné les meilleurs résultats et vous pouvez vous en rendre compte par vous-mêmes, car la plupart des épreuves que nous avons l'honneur de vous

soumettre ont été obtenues avec un appareil que nous avons construit de nos propres mains.

A moins de vouloir obtenir des épreuves d'une grandeur démesurée, point n'est besoin d'avoir à sa disposition des appareils encombrants.

Si vous vouliez faire de la photographie de diatomées et voir les moindres détails de ces dernières, comme Reichert et Zeiss l'ont fait à un grossissement de 4500 pour l'*amphipleura pellucida*, oui, il vous faudrait des instruments de cette taille, mais pour des préparations de microbes ou des coupes d'histologie, un simple appareil vous rendra d'excellents services.

D'autant plus que si l'on veut obtenir des épreuves de 1 mètre de diamètre, vous les obtiendrez tout aussi bien sans le secours du microscope.

Pour le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire pour l'emploi d'un appareil simple et pratique en même temps, nous ne voyons guère que celui que Leitz a construit tout récemment. On ne peut faire avec cet appareil que de la photographie verticale, il est vrai, mais c'est un grand avantage lorsque l'on emploie les objectifs à immersion, car dans la position horizontale, le liquide interposé entre la lentille de l'objectif et la lamelle a toujours une tendance à glisser par suite de la pesanteur, et par conséquent ne remplit plus l'office qu'on en attendait.

En Angleterre et en Amérique, c'est principalement la disposition horizontale que l'on emploie, et cela doit probablement tenir à ce que l'opérateur peut rester assis tout en effectuant sa mise au point.

A notre avis, les appareils horizontaux de grandes dimensions, comme le Reichert et le Zeiss (qui, développés entièrement, atteignent 2 m. 50), n'ont de raison d'être que par suite de leurs grandes dimensions.

On pourrait tout aussi bien en faire des appareils verticaux, mais, en supposant que l'on puisse assurer à la partie supérieure une stabilité parfaite, pour effectuer la mise au point, il faudrait que l'opérateur se servît d'une échelle ou d'un support quelconque.

Une mise au point absolument correcte, à un grossissement de 1000 diamètres, demande déjà assez de temps, de retouches et de fatigues pour que l'on comprenne facilement qu'une mise au point dans un grossissement de 4 à 5000 et dans la position verticale, produirait une fatigue inouïe.

Nous venons de parler des deux principaux instruments employés au cours de nos recherches.

Il nous faut maintenant dire deux mots d'un troisième facteur, sans lequel nous ne pourrions rien faire. Nous voulons parler de l'éclairage.

Sans contredit, le meilleur de tous, c'est encore la lumière solaire employée avec le concours d'un héliostat. Mais, pendant la journée, nous avons à penser à autre chose qu'à faire de la photographie et nous sommes forcés d'attendre que la soirée soit venue pour y songer.

Dans ce cas, quelle lumière emploierons-nous ? Les sources lumineuses ne nous manquent pas: qu'il nous suffise de citer la lumière électrique, la lumière oxhydrique, l'albo-carbon, le bec Auer, le gaz, le pétrole.

Après avoir essayé un peu de tout et avoir pesé le pour et le contre de chacun de ces éclairages, c'est encore au pétrole que nous donnerons la préférence.

Il dégage, il est vrai, une assez forte chaleur, mais cela se produit principalement lorsqu'on emploie des lampes à mèches plates au nombre de 2, 3 ou 5. Dans ce cas, oui, la chaleur est insupportable. Mais une simple lampe à mèche ronde suffit parfaitement pour faire n'importe quelle photomicrographie et à n'importe quel grossissement.

La clarté du pétrole est très grande, et l'on peut encore la rendre plus brillante en plaçant dans le récipient qui contient le liquide quelques petits morceaux de camphre. On obtient alors une clarté presque comparable à celle du gaz avec le bec Auer.

Si le pétrole dégage de la chaleur, il possède l'avantage d'être à la portée de tout le monde. C'est maintenant la source lumineuse que nous employons à l'exclusion de toute autre, et nous sommes arrivés à obtenir avec des épreuves au grossissement de 1500 en ne posant pas plus de 45 à 60 secondes.

Vous vous trouvez maintenant en possession des instruments nécessaires à faire de la photomicrographie ; il ne nous reste plus à parler que des plaques que nous devrons employer pour reproduire les préparations histologiques ou bactériologiques dont nous voudrons conserver un souvenir palpable.

Ces plaques sont de deux sortes et nous pourrons les classer en plaques ordinaires, et plaques isochromatiques ou orthochromatiques.

Vous savez tous que la plupart des couleurs du prisme ne sont pas reproduites avec leur valeur exacte en photographie. C'est pour remédier à cet inconvénient que l'on a cherché et que l'on a créé les plaques orthochromatiques qui, on peut le dire, permettent de reproduire plus ou moins bien toutes les couleurs.

Avec les plaques ordinaires, vous ne pouvez guère reproduire, s'il s'agit de microbes, que des éléments colorés en noir, en rouge ou en marron, tandis qu'avec les orthochromatiques vous obtiendrez n'importe quelle couleur, surtout si vous avez une lumière monochromatique par suite de l'emploi de verres de couleur et surtout de verres jaunes.

Quels sont donc les réactifs colorants que nous employons le plus fréquemment tant pour l'histologie que pour la bactériologie ?

Ces réactifs peuvent être divisés en deux classes:

1° Les couleurs basiques, qui sont de beaucoup les plus nombreuses ;

2° Les couleurs acides.

Si vous le voulez bien, jetons un coup d'œil rapide sur leur emploi et sur les avantages et les inconvénients que chacune d'entre elles peut présenter.

Les couleurs basiques comprennent les séries : rouge, violet, bleu, vert, brun.

Les couleurs acides ne comportent guère qu'une seule espèce, celle des rouges qui, hâtons-nous de le dire, sont assez rarement employés.

Nous pouvons dire, d'ores et déjà, qu'appelés à photographier non seulement des bacteries seules, mais encore des bacteries disséminées au milieu de tissus colorés, eux aussi, pour arriver à bien différencier le tout, nous emploierons toujours les couleurs basiques pour colorer les microbes, tandis que nous réserverons les couleurs acides pour le fond de la préparation.

Dans la première série, le rouge, le violet et le bleu sont le plus fréquemment employés soit en histologie soit en bactériologie, mais tous ne nous donnent pas de bons résultats.

Il n'y a qu'avec les plaques orthochromatiques que nous puissions obtenir un bon, car avec les plaques ordinaires, le résultat sera toujours négatif.

Prenons séparément chacune de ces couleurs. Ce que l'on reproche avec juste raison à la série des rouges et en particulier à la fuchsine, c'est de grossir assez fortement les éléments qui en sont imprégnés et de ne donner aucune finesse de détails.

Ces couleurs sont reproduites en noir intense sur le papier sensible si le temps de pose a été juste et s'appliquent particulièrement à la reproduction de bacilles ou de filaments volumineux et ne présentant pas d'espace clair, tels que le bacillus anthracis ou le leptothrix buccalis.

La série des violets nous donnera déjà plus de finesse dans les détails que la série précédente, mais nous devrons mettre en pratique ici l'interposition des verres colorés.

Parmi les violets, les plus usités en bactériologie sont ceux de gentiane, de méthyle, le krystall-violet, etc.

Nous pouvons et nous devons même ajouter à ceux-ci la coloration connue sous le nom de gram, qui est une de celles qui se reproduit le mieux, surtout lorsque l'on n'a pas trop laissé séjourner l'alcool sur la lamelle. Malheureusement, tous les microbes ne prennent pas le gram et l'on ne pourra employer ce réactif colorant que dans quelques cas.

Si maintenant nous nous occupons de la série des bleus, nous arrivons au summum de finesse et de détails. Mais aussi nous avons beaucoup plus de difficulté pour effectuer la mise au point. De plus, le temps de pose doit être calculé d'une façon absolument parfaite, surtout si la préparation n'a pas de fond, c'est-à-dire si, sur la lamelle, il n'y a absolument que les microbes.

Un moyen de tourner la difficulté sera dans ce cas d'interposer un verre jaune, qui, par suite du mélange avec le bleu, donnera du vert auquel sont sensibles les plaques de la série A de lumière. Le bleu le plus couramment employé, c'est le bleu de méthylène, mais celui avec lequel on obtient certainement les préparations les plus fines, c'est celui dit de Löffler.

Dans la série des couleurs basiques il ne nous reste plus à parler que des bruns qui sont représentés par la vésuvine ou brun Bismarck.

C'est un réactif colorant assez stable, mais colorant d'une façon plus ou moins intense et au bout d'un temps plus au moins long les microbes avec lesquels on le met en contact. Il présente en tous cas l'avantage énorme de permettre l'emploi de plaques ordinaires et supprime par conséquent l'interposition de verres de couleur.

Si tous les microbes voulaient s'en laisser pénétrer, ce serait certainement un des meilleurs réactifs à employer pour la photographie, mais, comme nous le disions plus haut, il colore d'une façon plus ou moins intense, suivant les espèces. En tout cas, lorsqu'on réussit une préparation avec cette couleur, on obtient une finesse de détails aussi grande qu'avec la série des bleus.

Tels sont donc les avantages et les inconvénients inhérents à chaque série que nous allons résumer en bloc et par ordre de préférence :

1° *Vésuvine.* Finesse de détails. Vient bien avec les plaques ordinaires.

2° *Fuchsine.* Grossit les objets. Reproduction en noir intense. Nécessite les plaques orthochromatiques.

3° *Gram.* Excellente différenciation, surtout pour les bacilles volumineux. Nécessite les plaques orthochromatiques.

4° *Violets et bleus.* Finesse excessive, mais demandant, pour obtenir de bons résultats, une mise au point absolument parfaite et surtout une exposition à la lumière très exacte. Nécessite l'emploi de verre jaune et de plaques orthochromatiques.

Jusqu'ici, si l'on ne prend pas de précautions spéciales, les résultats risquent d'être défectueux.

Frappé de l'inconvénient des plaques spéciales et de l'inconvénient non moins grand d'une lumière monochromatique par l'interposition de verre jaune, ce qui nous demande, comme nous l'avons dit, un temps de pose quinze fois plus long, nous avons cherché à y remédier et nous pouvons aujourd'hui vous annoncer que nous sommes arrivé au but que nous nous étions proposé, c'est-à-dire, l'emploi de n'importe quelle marque de plaque, ce qui nous permet de réaliser une économie assez grande et, d'un autre côté, la suppression des verres de couleur.

Nous sommes parvenu à ce résultat en employant la méthode d'imprégnation préconisée par Van Ermengen pour faire ressortir les flagella que possèdent les bacille typhique et coli.

Grâce à cette méthode, nous avons pu nous rendre compte que la finesse des détails était beaucoup plus grande que celle que l'on obtenait avec les meilleures colorations au bleu. Ainsi, pour ne vous citer qu'un exemple, le pneumocoque de Friedlander qui n'est encapsulé que lorsqu'on le tire du sang d'un sujet malade, ce pneumonocoque, disons-nous, nous a donné dans une culture en bouillon peptoné, et par la méthode Van Ermengen une capsule absolument nette et se détachant d'une façon intense sur le fond de la préparation qui était légèrement grumeuse.

Nous sommes persuadé que pour la photomicrographie cette méthode est appelée à remplacer tous les autres modes de coloration, car les résultats obtenus sont tellement merveilleux qu'il n'y a pas à hésiter un seul intant sur le plus ou moins de temps que nécessite la préparation que l'on se propose de photographier.

Voici la manière de procéder :

Après avoir bien nettoyé une lamelle au moyen d'un mélange d'alcool et d'éther à parties égales, on étale dessus, une fois qu'elle est sèche, quelques gouttes d'eau distillée dans laquelle on a, au préalable, dilué une très minime quantité de la culture que l'on veut photographier.

Ceci fait, on attend que l'eau se soit évaporée, et l'on fixe le tout au moyen du mélange d'alcool et d'éther que nous avons décrit.

Puis, quand la lamelle est sèche de nouveau, on verse dessus quelques gouttes d'un bain fixateur composé de :

Solution d'acide osmique à 2 0/0	1 gr.
Solution de tannin de 10 à 25 0/0	2

On laisse agir pendant 30 minutes à froid ou 5 min. à 60°. On lave alors bien soigneusement et l'on plonge la lamelle pendant quelques secondes dans un bain d'argent de 0.5 à 0.25 0/0 de concentration.

On sort et, sans laver, on transporte la lamelle dans un bain réducteur contenant :

Acide gallique	5 gr.
Tannin	3
Acétate de soude fondu	10
Eau distillée	350

Les lamelles ne séjournent que quelques instants dans ce bain, puis sont transportées de nouveau dans le bain d'argent jusqu'à ce qu'elles commencent à noircir. On les retire, on lave bien soigneusement, on sèche et l'on monte au baume.

Tel est le procédé indiqué par Van Ermengen pour la coloration des bactéries à flagella.

Etudions maintenant les réactifs colorants les plus usités en histologie. Dans le cas présent, nous aurons à faire aussi bien aux couleurs basiques qu'aux couleurs acides.

Pour plus de clarté, nous ferons la même classification que celle que nous avions faite pour la bactériologie proprement dite, avec la seule différence que la première place ne sera plus occupée par le brun Bismark, mais par un autre mode de coloration qui se rapproche sensiblement de la méthode de Van Ermengen. Nous voulons parler des imprégnations proprement dites.

On peut les définir ainsi : les imprégnations sont des colorations obtenues par la formation au milieu des éléments d'un tissu, d'un précipité métallique excessivement fin.

Les principales imprégnations se font avec l'argent ou avec l'or. A ceux-ci, on peut encore ajouter le chlorure de palladium, l'osmium, le chromate de plomb, le perchlorure de fer, le sulfate de

cuivre, etc., méthodes décrites tout au long dans les traités spéciaux.

Avec l'or ou l'argent, on obtient des préparations de toute beauté, préparations qui peuvent se laisser surcolorer par d'autres réactifs colorants.

Ainsi, on peut d'après Pfitzner, faire suivre avec avantage une imprégnation à l'or d'une coloration à la safranine, ou bien, d'après Renaut, employer l'éosine avec le nitrate d'argent.

Lorsqu'on aura à photographier des préparations d'histologie, on se trouvera donc toujours bien, si l'on fait des imprégnations, de faire suivre celles-ci d'un réactif colorant quelconque.

L'argent s'emploiera principalement pour démontrer le contour des cellules, faire ressortir des espaces lacunaires.

Le chlorure d'or sera employé avec grand avantage pour les organes nerveux et en particulier la pulpe dentaire, les tissus conjonctifs et la cornée.

L'osmium ou acide osmique sera tout indiqué dans les cas de coupes de pulpes que l'on supposera atteintes de dégénérescence graisseuse, car il possède la propriété de se colorer en noir foncé en présence des matières grasses. Il sera aussi très utile pour déceler les ramifications nerveuses vivantes des nerfs de la pulpe qu'il colorera en bleu noir.

Polaillan a préconisé l'emploi du perchlorure de fer qu'il réduit par l'acide tannique pour l'étude du tissu nerveux qui, seul, brunit.

Voilà pour les principales imprégnations et vous voyez que vous en avez un grand choix.

Parmi les réactifs colorants doubles les plus employés, il nous faut citer en premier lieu le picro-carmin de Ranvier que l'on emploiera avec tout bénéfice lorsque l'on servira des plaques de Lumière, série B, sensibles au jaune et au rouge.

Ce même picro-carmin pourra encore s'associer au vert de méthyle, au vert d'iode pour l'étude des tissus osseux et glandulaires, pour la peau.

Par ordre d'utilité au point de vue photographique, viendront ensuite : l'hématoxyline éosinée pour les photomicrographies de coupes de glandes salivaires ; l'hématoxyline associée au vert d'iode pour les coupes de la langue, soit de l'homme, soit des animaux.

On pourra aussi se servir utilement du brun Bismarck associée au vert de méthyle mais en employant les plaques de la série A.

Pour l'étude du développement du follicule, on aura tout avantage à se servir du carmin au borax de Merkel.

Parmi les réactifs simples, on emploiera le carmin à l'ammoniaque qui possède une action très marquée sur les cellules ganglionaires et leurs prolongements, sur les cellules du tissu conjonctif et les vaisseaux.

L'aniline bleu-black ou noir d'aniline est tout spécialement recommandée lorsqu'on aura affaire à des coupes de tissus nerveux que l'on voudra photographier. Les plaques ordinaires pourront être employées dans ce cas.

Enfin l'éosine et le violet d'aniline seront très utiles dans certains

cas, mais à la condition d'employer des plaques orthochromatiques.

Voilà pour les réactifs colorants ce qu'il vous sera préférable d'employer lorsque vous voudrez photographier des préparations d'histologie.

Nous les avons tous essayés et c'est en connaissance de cause que nous vous les recommandons.

Il ne nous reste plus à vous parler maintenant que de la photomicrographie sans microscope.

Supposons que vous ayez fait une coupe de maxillaire avec les dents en place, et que vous veuilliez obtenir une reproduction de l'ensemble par la photographie.

Dans ce cas, le microscope muni même des objectifs les plus faibles, ne vous donnera jamais l'ensemble de la préparation. Vous n'en aurez que des sections, sections que vous pourriez parfaitement réunir, il est vrai, mais qui ne vous donneraient rien d'artistique.

Eh bien, dans le cas présent, si vous voulez obtenir de bons, d'excellents résultats, servez-vous d'une simple lanterne à projection sur laquelle vous monterez un objectif ordinaire à photographie. Interposez entre la source lumineuse et votre objectif la préparation montée sur un châssis quelconque et projetez l'image sur un mur. Vous pourrez alors mettre au point comme bon vous semblera ; puis, en reculant ou avançant votre lanterne, vous arriverez à obtenir une image de la dimension que vous voudrez. Une fois cette dimension obtenue, baissez les mèches de votre lanterne à projection et fixez sur le mur, juste à l'endroit que vous avez marqué, une plaque sensible. Rallumez alors votre lanterne, ôtez le bouchon de l'objectif et sensibilisez votre plaque comme vous feriez pour un paysage sombre ; éteignez votre lanterne et développez votre cliché. Vous aurez ainsi une épreuve représentant l'ensemble de votre préparation, épreuve la plupart du temps très belle, si le temps de pose et la mise au point ont été exacts.

Ainsi ont été obtenues les reproductions du follicule que j'ai l'honneur de vous soumettre.

Il nous reste à vous remercier de l'attention que vous avez bien voulu nous prêter, espérant que, tôt ou tard, nous verrons nos confrères s'occuper eux aussi de photomicrographie et rivaliser ainsi de zèle avec nos collègues étrangers pour le bien de tous et l'avancement de la science.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SOMMAIRE DES SÉANCES

Vendredi 16 août.

Ouverture du Congrès sous la présidence de M. Despagnet, professeur à l'école de Droit, adjoint au maire de Bordeaux.

Discours de M. le Dr Guénard, président du bureau local.
Discours de M. Dubois, président du bureau national.
Discours de M. Despagnet.
Rapport de M. le Dr Sauvez, secrétaire général du bureau national.
Rapport de M. Rousset, secrétaire général du bureau local.

Séance du matin, 10 h. 1/2.

Présidence du Dr DUNOGIER (de Bordeaux).

Démonstrations pratiques.

M. Amoëdo (de Paris). — Démonstration d'implantation.
M. Loup (de Paris). — Injecteur et distributeur d'antiseptiques.
M. le Dr Sauvez (de Paris). — Démonstration d'anesthésie au bromure d'éthyle.
M. Lot (de Bordeaux). — Plaques feutrées pour supporter les dents minérales.
Appareil pour réduire les luxations de la mâchoire inférieure.
Porte-empreinte universel.
M. Ivory (de Philadelphie). — Présentation d'un écarteur universel.

Séance du soir, 2 h.

Présidence de M. DUBOIS.

Communications orales.

M. J. Mendel (de Paris). — La membrane alvéolo-dentaire.
M. le Dr Beltrami (de Marseille). — De l'articulation alvéolo-dentaire.
M. Loup. — Application de teinture d'iode dans les accidents de dentition.

(*Nouvelles méthodes et appareils de redressement.*)

M. Martinier, rapporteur.

M. Loup. — Appareil de redressement à levier.
M. F. Jean (de Paris). — Nouveaux appareils de redressement.
M. Godon (de Paris). — Redressement sans appareils.
M. Amoëdo (de Paris). — Parallèle entre l'appareil de Wilder et l'appareil d'Angle.
M. Schwartz (de Nîmes). — Présentation de modèles de redressement avant et après la réduction.
M. Cunningham (de Cambridge). — Traitement immédiat de certaines anomalies dentaires.

Samedi 17 août.

Séance du matin, 8 h. 1/2.

Présidence de M. DUCOURNAU, vice-président.

Démonstrations pratiques.

M. Choquet (de Paris). — Démonstration pratique de préparation de coupes de dents pour l'examen microscopique.

*M. le D*r *Tourtelot* (de Royan). — Présentation d'un instrument d'extraction, des dents de sagesse principalement, en cas de trismus.

M. d'Argent (de Paris). — Emploi du coryl et du coryleur avec l'annexe perfectionnée d'Argent.

Porte-empreinte avec réfrigération.

M. Muller (de Zurich). — Démonstration avec l'or spongieux du Dr de Trey.

Nouvelle pièce à main de Dill.

Nouveau système de couronnes et travaux à pont mobile.

M. Amoëdo. — Présentation de la Poire-College.

Seringue pour stériliser les dents mortes.

Pointes de cautère pour stériliser les dents mortes.

Ecarte-lèvres.

Communications orales.

MM. Grimbert et *Choquet* (de Paris). — Bactériologie buccale.

M. Lot. — Accidents résultant d'anomalies d'éruption.

*M. le D*r *Roy* (de Paris). — De l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes.

M. de Marion (de Paris). — Du formaldéhyde et de son emploi.

M. Godon (de Paris). — Nouveau procédé d'emploi de l'amalgame.

M. Seigle (de Bordeaux). — Bec-de-lièvre compliqué avec observations.

M. Lemerle (de Paris). — Etude sur la densité des aurifications d'après les différents modes opératoires.

M. F. Jean (de Paris). — Reconstitution des dents à l'aide de l'étain fondu.

M. Poinsot (de Paris). — De l'action galvanique des appareils métalliques dentaires.

Séance du soir, 2 h.

Présidence de M. le Dr Guénard, président du bureau local.

Communications orales.

M. Stévenin. — Les pharmaciens doivent-ils exécuter les ordonnances des dentistes ?

*M. le D*r *Dunogier.* — De la réglementation de l'art dentaire en France et particulièrement à Bordeaux jusqu'en 1892.

M. Amoëdo. — Nouvelle contribution à l'étude de l'implantation.

M. Choquet. — Utilité de la photographie dans les recherches d'histologie et de bactériologie.

MM. André et *de Marion.* — Un nouvel anesthésique local : le gaïacol.

M. F. Jean. — De l'emploi du caoutchouc mou pour les appareils de la mâchoire inférieure.

M. Schwartz. — Un obturateur nouveau (modèle Martin) pour bec de lièvre bi-latéral.

Présentation de deux modèles démontrant un cas de greffe par transposition remontant à 1876.

(*De l'organisation de l'enseignement dentaire en province.*)

M. P. Dubois, rapporteur.

M. Godon. — Contribution à l'étude de l'enseignement dentaire en province.

Dimanche 18 *août*, 9 *h.*

Séance de clôture.

Présidence de M. Dubois.

La médaille d'or du Congrès est décernée à M. Choquet (de Paris).

Revision des statuts.

Nancy est désigné comme siège du Congrès en 1896.

Le Dr Guénard, de Bordeaux, est élu président de ce Congrès.

Sont élus les membres du bureau central d'organisation chargé, avec le concours du bureau local, d'organiser le Congrès de 1896. A l'ouverture de celui-ci, six membres provinciaux, n'appartenant pas à la région parisienne ou à la région où siège le Congrès, seront adjoints au bureau central et au bureau local et l'ensemble de ces membres constituera le bureau du Congrès sous la présidence du Dr Guénard.

Le vendredi soir, à 9 heures, les congressistes bordelais avaient offert à leurs collègues un punch au Café de l'Opéra.

Le dimanche soir, à 7 heures, eut lieu le banquet, au Parc Bordelais, sous la présidence du Dr Guénard.

Au dessert, des toasts ont été portés par MM. Guénard, Despagnet et Dr Lande, adjoints au maire de Bordeaux, Dubois, Ducournau, Schwartz, Aguilar, Choquet, Robinson.

Les congressistes se sont séparés à 11 heures, en se donnant rendez-vous pour l'année prochaine à Nancy.

Les auteurs des communications et des démonstrations faites au Congrès de Bordeaux sont priés d'envoyer, avant le 30 septembre, leurs manuscrits au président du Comité de publication, M. Dubois, 2, rue d'Amsterdam, Paris.

Les épreuves qui seront soumises aux auteurs devront être retournées dans le délai de trois jours, sans quoi les corrections seront faites d'office.

Comme on vient de le voir, le Congrès de Bordeaux a décidé que le Congrès Dentaire National de 1896 se tiendrait à Nancy. Cela implique en quelque sorte la fondation d'une société de dentistes dans le Nord-Est de la France, ou tout au moins une entente afin de former un bureau local. Le président du Congrès et le bureau central aviseront officiellement nos confrères en temps opportun ; mais, malgré cela, nous pensons que les intéressés feront bien de se concerter le plus tôt possible, afin de montrer à tous les dentistes français que le Nord-Est n'est pas en retard sur le reste de la France.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 2 juillet 1895.

Présidence de M. Francis JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Aucune observation n'est formulée sur le procès-verbal publié ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le Dr Roy. — L'ordre du jour de la dernière séance portait deux communications de M. Loup qui ont été ajournées à aujourd'hui à cause de l'absence de leur auteur, qui s'était excusé d'ailleurs. Ce dernier se trouve empêché de nouveau de venir ce soir, il vous prie de l'excuser et me charge de donner lecture, à sa place, de ces communications.

I. — ERUPTION ÉRYSIPÉLATEUSE PRODUITE PAR UNE DENT DE LAIT, PAR M. LOUP.

M. le Dr Roy donne lecture de cette communication.

DISCUSSION.

M. Choquet. — Le streptocoque est fréquemment signalé dans la bouche et se trouve dans la dentine cariée, quoique là le chapelet puisse être plus long et que les anneaux puissent être plus gros.

Sur cinq bouillons de culture je l'ai trouvé trois fois ; il est vrai qu'il provenait d'un 3e degré. Au bout de quelques jours le bouillon s'éclaircit. Cultivé sur la gélatine, il donne de petits points brillants ; il en est de même sur la gélose.

M. le Dr Sauvez. — Il faut regretter l'absence de M. Loup, car elle ne nous permet pas de discuter sa communication.

M. le Dr Roy. — J'ai fait part de cette observation à M. Loup, mais il m'a déclaré ne pouvoir venir.

M. le Dr Sauvez. — Est-il possible de faire lire ainsi ses communications sans être présent à la séance ?

M. le Dr Roy. — Cela s'est déjà fait.

M. le Dr Sauvez. — C'est un moyen d'esquiver la discussion.

M. Francis Jean. — La question pourrait faire l'objet d'une proposition.

II. — SUR UN CAS DU 4e DEGRÉ AYANT SIMULÉ LES OREILLONS, PAR M. LOUP.

M. le Dr Roy donne lecture de cette communication.

DISCUSSION.

M. le Dr Sauvez. — Ces communications seront-elles insérées dans le journal comme compte rendu de la séance de la Société ? S'il en était ainsi, cela équivaudrait à accepter comme argent comptant tout ce qu'elles contiennent, et cela pourrait nous nuire.

Je demande, en conséquence, que les communications de membres habitant Paris lues à la Société en l'absence de leurs auteurs et,par suite, non suivies de discussion ne soient pas insérées dans le journal.

M. le Dr Roy. — Vous créerez ainsi un précédent fâcheux.

M. Viau. — Si l'on vous présente une communication purement dentaire, bien étudiée, il n'y a pas lieu de l'ajourner ; si, au contraire, quelqu'un d'entre nous a besoin de renseignements, on peut attendre la présence de l'auteur pour les lui demander et n'insérer qu'ensuite.

M. le Dr Roy. — N'érigez pas cela en règle absolue.

M. Martinier. — Renvoyons la discussion de ces communications à la prochaine séance.

M. Viau. — Les observations de M. Loup et autres notes de ce genre n'ont d'intérêt que si elles sont discutées un peu ; ce ne sont pas là des travaux qu'on peut publier sans discussion.

M. Godon. — Il n'y a pas lieu de modifier notre règlement à propos de ces communications. Si vous voulez éviter la publication sans qu'on ait discuté, ralliez-vous à la proposition de M. Martinier qui consiste à les reporter à l'ordre du jour pour qu'on les discute. D'ici là M. Loup pourra assister à une séance pour les discuter ou retirer ses communications.

M. le Dr Roy. — M. Martinier demande qu'on remette les communications à l'ordre du jour, elles l'ont déjà été deux fois.

M. Martinier. — A condition que M. Loup vienne. J'ai vu une communication reportée six fois de suite à l'ordre du jour.

M. Francis Jean. — Je mets aux voix l'ajournement de la publication jusqu'après la discussion, car telle est l'opinion qui paraît se dégager de cet échange de vues.

Cette proposition est adoptée.

III. — De la valeur réelle du formol comme antiseptique en thérapeutique dentaire, par M. de Marion.

M. de Marion. — Le numéro de mai de l'*Odontologie* contient, à a page 308, un petit entrefilet intitulé *Recherche sur la valeur antiseptique du formol* qui est ainsi conçu (Il en donne lecture). Ainsi, M. Schmitt, l'auteur des recherches, estime que le formol ne présente aucun avenir en *chirurgie*. Il importe de bien distinguer : s'il est vrai que son pouvoir antiseptique soit impraticable d'une manière générale en chirurgie, par contre *en thérapeutique dentaire* nous pouvons l'employer jusqu'à saturation, car c'est un excellent antiseptique, ainsi que je l'ai établi dans un travail qui a été incomplètement publié par l'*Odontologie*, mais que vous pourrez trouver *in extenso* dans le *Progrès dentaire*.

Je n'ai pu m'assurer du peu de stabilité de ses solutions dont parle M. Schmitt ; tout ce que je puis faire est de déposer sur le bureau de la Société une de ces solutions, dont je demande l'analyse de six mois en six mois, avec la conviction que la Société sera bientôt édifiée. Il m'a été impossible de me procurer le travail de M. Schmitt.

DISCUSSION.

M. Gillard. — Le formol a un inconvénient : son action spéciale sur la muqueuse des fosses nasales ; il tire les larmes des yeux avec une remarquable facilité. Il n'a cependant pas d'odeur bien appréciable.

IV. — SERINGUE STÉRILISABLE POUR INJECTIONS HYPODERMIQUES, PAR M. DE MARION.

M. de Marion. — On vous a présenté des seringues de toutes les formes et de tous les fabricants, étrangers surtout : la seringue de Gudendag, celle d'Amoëdo, etc. Voici une seringue française fabriquée par un Français et adoptée par l'Institut Pasteur (Il la présente). Elle se compose d'un tube en métal, le piston est en caoutchouc, démontable et compressible. Quand elle est démontée, on la met dans le stérilisateur ; quand le piston est introduit dans la seringue, on le gonfle de façon à pouvoir pousser l'injection qu'on désire. On dévisse partiellement la tête, le piston, on fait bouillir, on revisse et on peut se servir de la seringue. Elle porte deux prolongements, deux petits doigts.

DISCUSSION.

M. Rozembaum. — J'ai présenté une seringue semblable, fabriquée par M. Aaron.

M. de Marion. — Celle-ci n'a pas été faite par M. Aaron.

M. le Dr Roy. — Aucun nom de fabricant n'a été prononcé lors de la présentation de M. Rozenbaum et la seringue qu'il nous a présentée est identique à celle-ci.

M. Rozembaum. — Je ne l'ai pas présentée, en effet, avec le nom du fabricant. Personne ne sait qu'elle lui est due, puisqu'il m'a prêté un cliché et que la chose n'a pas été encore imprimée.

M. de Marion. — Dans tous les cas on vous a présenté la seringue Gudendag.

M. Godon. — Nous restons étrangers aux noms des fabricants.

V. — PRÉSENTATIONS DIVERSES PAR M. GODON.

M. Godon. — Je désire vous présenter deux cas cliniques qui ont un certain intérêt pratique (Il lit ces communications qui seront insérées au prochain numéro).

M. Francis Jean. — Le petit nombre des membres présents à la séance indique tout à la fois que l'heure des vacances a déjà sonné et que nous nous préparons pour le Congrès de Bordeaux. A partir d'aujourd'hui, nous suspendrons, comme tous les ans, nos réunions jusqu'à octobre, avec la promesse de nous rencontrer dans l'intervalle à Bordeaux les 16, 17 et 18 août, où je vous donne rendez-vous. La séance est levée.

L'assemblée se sépare à 10 heures et demie.

Le secrétaire général,
Dr ROY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ARRÊTÉ RELATIF AUX SESSIONS D'EXAMENS POUR LA COLLATION DU DIPLÔME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.
Vu la loi du 30 novembre 1892, et notamment les articles 2 et 5;
Vu le décret du 25 juillet 1993 ;
Vu le décret du 31 décembre 1894 ;
Vu les arrêtés du 23 mars 1894, 7 novembre 1894 et 7 mai 1895 ;
Le comité consultatif de l'enseignement public entendu, arrête :

ARTICLE PREMIER

La Faculté de médecine de Paris procède aux examens qui déterminent la collation du diplôme de chirurgien-dentiste en deux sessions ordinaires, l'une dans le premier, l'autre dans le dernier trimestre de l'année scolaire.

La date de chaque session est fixée un mois à l'avance par le doyen.

ARTICLE 2

M. le vice-recteur de l'Académie de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(Présidence de M. Fabre)

Audience du 7 août 1895.

CHIRURGIEN-DENTISTE. — EXERCICE SOUS UN PSEUDONYME. — ETRANGER. — CHANGEMENT DE NOM. — STATUT PERSONNEL. — REJET DE LA PLAINTE.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et Müller.

A la date du 25 mai dernier, le Syndicat des chirurgiens-dentistes de la France obtenait contre le sieur Müller, dit « James Miller », une double condamnation pour 1° usurpation du titre de Docteur français par l'usage du titre de « Docteur » sans en indiquer l'origine étrangère (Art. 18, L. 39 novembre 1892) ; 2° Exercice de l'art dentaire sous un pseudonyme [1] (Art. 9, § 4 de la même loi).

Rappelons pour l'intelligence des faits que le sieur Müller exerçait sous le pseudonyme de « James Miller ». Ce jugement ayant été accepté par M. Müller, puisqu'il n'en avait pas interjeté appel, était définitif et avait acquis force de chose jugée. Cependant moins d'un mois après la date de ce jugement, on pouvait constater que M. Müller qui, jusque-là, avait exploité son cabinet sous lmeed ?on « Louvre dentaire » sans indiquer le nom de son directeur, avait fait poser, tant sur la rue de Rivoli que sur la rue de la Monnaie,

1. Voir le texte du jugement et la note qui l'accompagne, *suprà* p. 349.

cinq ou six écussons sur lesquels figurent ces mots : « Louvre dentaire, directeur H. James Miller. »

Le syndicat ne pouvait pas laisser passer un fait de cette nature sans le déférer de nouveau à la justice. En effet, outre le défi, la bravade qu'il impliquait, il constituait un acte de rébellion à la loi française obligeant tous ceux qui habitent le sol de la France. En conséquence, de nouvelles poursuites ont été exercées et ont abouti au jugement suivant :

Le Tribunal, statuant sur la demande principale de Ronnet ;

Attendu que Miller a obtenu, au mois de juin 1895, l'autorisation de prendre le nom de James Miller, Renvoie, en conséquence, Miller des fins de la poursuite sans dépens.

Et statuant sur la demande en dommages-intérêts formée par Miller. Attendu que la mauvaise foi de Ronnet n'est pas établie ; que Miller ne justifie d'aucun préjudice ; Par ces motifs, déclare Miller mal fondé en sa demande de dommages-intérêts, l'en déboute et le condamne aux dépens de son intervention.

Le jugement relate que M. Muller a obtenu l'autorisation de changer de nom « en juin 1895 ». Ce point de fait nécessite quelques explications.

M. Muller serait né en Angleterre. Or, quiconque naît sur le territoire anglais devient *ipso facto* sujet de la reine d'Angleterre. M. Muller s'en est souvenu ! Il s'est réclamé de son origine anglaise pour demander et obtenir, en moins de 15 jours, l'autorisation de changer son nom en celui de James Miller.

A l'annonce de cette nouvelle, l'impression première fut plus que de l'étonnement. Cette métamorphose tenait de la féerie ! En France, il faut, pour obtenir l'autorisation de changer son nom, tout d'abord justifier d'une raison plausible et majeure pour la demander. Puis, si la demande est admise, le gouvernement français autorise le changement de nom ; mais cette autorisation ne sera exécutoire qu'après la révolution d'une année à compter du jour de son insertion au *Bulletin des lois*. Pendant tout le cours de cette année, les tiers qui pourraient avoir intérêt à s'opposer au changement de nom sont admis à présenter requête au gouvernement pour obtenir la révocation de l'arrêté autorisant le changement de nom.

D'après la loi française il faut, tout d'abord, une *raison* ! Il est probable que cette condition est exigée de la loi anglaise ; car que deviendrait la théorie de l'identité individuelle si l'on pouvait changer de nom comme de veste ? Quelle perturbation dans les actes de l'état civil au point de vue de la filiation ; quelle difficulté pour l'Administration s'il s'agissait de rechercher les antécédents d'un individu ! L'Etat et les particuliers sont intéressés à ce que les noms ne soient pas changés avec de trop de facilités.

Nous n'avons point à rechercher si la loi anglaise exige les mêmes raisons. Cela est probable cependant. S'il en est ainsi, nous pourrions nous demander quelle raison plausible a invoquée M. Muller pour être autorisé, si rapidement, à convertir le sien en celui de Miller. Qu'importe que le directeur du Louvre dentaire s'appelle

Muller ou Miller? Pour nous, cependant, qui connaissons les noms de ceux qui ont servi la cause de la dentisterie en Amérique et en Europe, nous n'oublierons jamais le nom, célèbre entre tous, du dentiste Miller, américain d'origine et exerçant sa profession à Berlin. Ses découvertes professionnelles et ses remarquables travaux sur la bactériologie ont fait de lui une notabilité scientifique dans les deux mondes. Sa réputation est grande, non seulement dans le monde professionnel, mais encore dans le monde cosmopolite. Ceci dit, nous ne voudrions pas aller jusqu'à induire que M. Miller a pu tabler sur l'homonymie, qui existe maintenant de par l'autorisation du gouvernement anglais, pour créer une confusion qui, nous pouvons l'affirmer, ne serait pas de nature à soulever une protestation de sa part ni de bien d'autres, d'ailleurs. Nous avons sous les yeux les réclames et annonces qui ont été publiées sous toutes les formes, dans ces dix dernières années, sur le Louvre dentaire. Elles sont très élogieuses, les épithètes « de savant docteur » accompagnent le nom de Miller que le directeur du Louvre dentaire avait emprunté alors. On le représente aussi comme l'un des pères de la dentisterie. Pour nous les professionnels, la confusion n'est pas possible, mais elle devient probable pour tous ceux qui ont entendu parler en hommes du monde des remarquables travaux de Miller exerçant à Berlin. Eh bien ! quand nous dirions que c'est précisément cette confusion possible que le syndicat a voulu éviter, la loi de 1892 à la main, en obligeant M. Muller à exercer sous son véritable nom, nous ferions l'aveu d'un mobile des plus respectables, croyons-nous. A chacun son nom et sa notoriété. Le syndicat eût manqué à sa mission légale s'il avait agi autrement.

Donc, étant donné qu'il était constant que M. Muller avait obtenu du gouvernement anglais, son pays d'origine, l'autorisation de prendre le nom de M. Miller, le tribunal ne pouvait que débouter le syndicat des fins de sa plainte. En effet toutes les dispositions légales concernant l'individu forment ce que l'on appelle le « statut personnel » de cet individu. Ce statut personnel suit l'étranger, qui est régi partout où il passe par les lois de son pays d'origine.

Ainsi M. Muller s'appellera dorénavant James Miller. L'issue de ce procès est assez plaisante par les trois côtés. La scène reproduite dans un vaudeville ne manquerait pas de provoquer l'hilarité parmi les spectateurs. Elle ferait honneur à l'imagination de son auteur. Mais pour nous qui sommes français et membres d'un syndicat chargé de faire respecter une profession qui semblait jusqu'à ces derniers temps avoir été exploitée par l'élément étranger, nous avons bien le droit d'examiner la situation sous un autre angle et d'en tirer les renseignements qu'elle contient.

Les dentistes étrangers ont reçu chez nous une hospitalité très large. Au point de vue matériel la plupart s'étaient fait une situation excellente sous le couvert des titres exotiques dont ils se paraient.

Ajoutons encore qu'ils vivaient sous la protection de nos lois, qu'ils sollicitaient et obtenaient même des missions officielles lors

de nos expositions. En un mot, ils bénéficiaient de tous les avantages accordés aux Français sans en supporter les charges. Vient une loi, loi de police qui oblige tous ceux qui habitent le territoire français. Cette loi, qui doit être égale pour tous, est violée. Et l'on arrive à ce singulier spectacle de voir ceux qui ont profité de *tous les avantages* attachés à la qualité de français revendiquer leur qualité d'étrangers pour faire échec à des poursuites légitimes alors que leur devoir eût été de réclamer le titre de citoyen de leur pays adoptif. Nous connaissions bien un peu ces sentiments à notre égard, mais il ne nous déplaît pas d'en avoir une preuve authentique. Cette preuve réside dans notre jugement ; il nous appartenait de le constater pour nous en souvenir le cas échéant.

Mais ce n'est pas tout, et le même jugement nous suggère d'autres pensées. On peut voir par son contexte que le tribunal a été appelé à statuer sur une demande de dommages-intérêt formée par M. Miller contre le syndicat pour abus de citation directe. C'est le comble de l'audace ! Comment M. Miller a-t-il pu supposer un seul instant que sa demande pouvait être accueillie ? S'il avait été français, le moyen qu'il a employé pour éluder une loi française lui échappait. Jamais le gouvernement français n'aurait autorisé un changement de nom *sans raison*. Et cette possibilité pour l'étranger de devenir un autre Protée va être le fondement d'une action en dommages-intérêts formée contre des Français de bonne foi, groupés pour faire respecter une loi française ? C'est monstrueux ! Aussi les juges français ont fait à cette singulière demande la réponse qu'elle comportait : ils ont débouté M. Miller de sa demande et l'ont condamné aux dépens de son intervention. S...

Un arracheur de dents.

M. Joseph Rouranne, domicilié à Pantin, a comparu, devant la 8e chambre correctionnelle, présidée par M. Couturier, sous les inculpations de blessure par imprudence et d'infraction à la loi sur l'exercice de l'art dentaire.

M. Rouranne est tout à la fois dentiste, ventouseur et coiffeur. Sa femme, elle, tient un débit de vins.

Le 5 avril, M. Rouranne, arrachant une dent à une charcutière, lui enleva accessoirement un morceau de la mâchoire de trois centimètres.

A l'audience, M. Rouranne, auquel le président reproche de n'avoir pas de diplôme, répond :

— En Allemagne où j'ai appris mon métier, tous les barbiers arrachent les dents !

Sur la demande de Me Comby, avocat de la partie civile, le tribunal a renvoyé à une audience ultérieure pour statuer.

M. Brouardel est chargé par le tribunal d'examiner l'état de la charcutière.

(Gazette du Palais et *Monde Dentaire.)*

L'enregistrement des diplômes

Après la cour de Bourges, la Cour de cassation a jugé dans son audience du 5 juillet qu'en imposant aux médecins l'obligation de faire enregistrer leur diplôme dans le mois qui suit leur établissement, à la Préfecture et au greffe du tribunal de leur arrondissement, la loi du 30 novembre 1892 n'a statué que pour l'avenir; elle n'atteint pas ceux qui pratiquaient leur art avant sa mise en vigueur, et qui ont continué à l'exercer sans interruption ni changement de département *(Journal de Médecine)*.

A nos confrères

La loi de 1892 peut donner lieu tant dans son application par les tribunaux que par l'examen des points de doctrine qu'elle peut soulever à des études dont l'intérêt n'échappe à personne. Aussi nous sommes-nous assuré la collaboration d'un spécialiste pour commenter toutes les décisions judiciaires relatives à son application, comme aussi celles qui ont trait aux membres de notre profession dans leurs rapports avec les tiers. Dans un intérêt professionnel, nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire tenir le texte des jugements ou arrêts qui seraient à leur connaissance. Ces jugements ou arrêts sont destinés à former dans notre journal un corps de jurisprudence utile à consulter.

N. D. L. R.

RÈGLEMENT RELATIF A L'APPLICATION DE L'ORDONNANCE DU 5 JUILLET 1889 SUR L'APPROBATION A CONFÉRER AUX MÉDECINS-DENTISTES EN ALLEMAGNE.

(Extrait)

1° L'approbation est conférée par les autorités centrales des Etats confédérés qui ont une ou plusieurs universités nationales et par les ministres compétents.

2° Elle est conférée au candidat qui a subi avec succès l'examen dentaire.

3° Cet examen se passe devant les jurys institués pour les candidats en médecine, auxquels il est adjoint à cet effet au moins un médecin-dentiste en exercice. Il a lieu deux fois par an, en été et en hiver. Les demandes d'admission sont adressées avant le 1er avril et le 1er novembre respectivement.

4° Pour être admis à l'examen, il faut : 1° produire un certificat constatant qu'on est à même d'entrer dans la classe de rhétorique d'un lycée allemand, classique ou moderne ; 2° avoir au moins un an de pratique dans un établissement supérieur d'enseignement dentaire ou chez un médecin-dentiste approuvé ; 3° avoir fait des

études dentaires d'une durée de 4 semestres au moins dans une université allemande, 5° l'examen se divise en 4 parties.

Dans la première le candidat doit examiner, en présence du chirurgien faisant partie du jury, un cas de maladie qui lui est soumis relatif à une affection des dents, de la gencive, du palais dur, etc: en établir le diagnostic et le pronostic, instituer le traitement, consigner aussitôt le résultat de ses observations dans un rapport à contresigner par l'examinateur et, le même jour, dresser sur le cas en question un mémoire critique à remettre le lendemain à l'examinateur.

La deuxième partie comprend trois sections : l'anatomie et la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et la matière médicale générales, y compris la toxicologie, la pathologie et la thérapeutique spéciales à la chirurgie dentaire.

Dans chaque section le candidat doit, sous la surveillance d'un membre du jury, traiter par écrit deux questions en loge, sans aucun auxiliaire à sa disposition. Ces questions sont tirées au sort.

La troisième partie se subdivise en deux sections. Dans l'une, le candidat doit, en présence d'un examinateur, témoigner de ses connaissances pratiques dans le maniement des divers instruments dentaires, dans l'exécution d'opérations de dentisterie sur le vivant, notamment pratiquer deux obturations, dont une aurification, deux extractions et un nettoyage de dents. Dans l'autre le candidat exécute des pièces de prothèse ou des appareils de redressement, notamment au moins une pièce avec dents artificielles ou un appareil de redressement pour la bouche d'un vivant.

Le choix des matières est laissé à l'examinateur. La troisième partie de l'examen se subit devant le médecin-dentiste pratiquant. Si le jury comprend plusieurs médecins-dentistes exerçants, le président peut désigner un examinateur spécial pour chaque section de la troisième partie.

Dans la quatrième partie, le candidat est interrogé oralement en présence du président, par 3 examinateurs au moins, dont un médecin-dentiste pratiquant, sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la diététique des dents, sur leurs maladies et celles de la gencive, sur la préparation des médicaments et sur les indications de l'emploi des diverses opérations dentaires. Cette épreuve est publique.

6° Les questions et les malades ne sont soumis au candidat dans chaque partie qu'au commencement de celle-ci. Un intervalle de 8 jours sépare les diverses parties. Quiconque n'a pas subi avec succès l'une des 3 premières parties en totalité, a la faculté de continuer immédiatement ou seulement après avoir recommencé et réussi. Ne sont admis à la quatrième partie que les candidats qui ont subi avec succès les 3 premières.

7° Une note est donnée sur le résultat de l'examen dans chaque partie : *très bien*, *bien*, *suffisant*, *insuffisant*, *mal*. Dans la deuxième partie chaque épreuve est l'objet d'une note de la part de l'examinateur spécial. Le candidat n'est considéré comme ayant

réussi dans chaque section que si les questions ont obtenu au moins la note *suffisant*. D'après les 6 notes des questions est fixée la note pour la partie. Dans la troisième partie il est donné une note pour chaque section et la note de la partie s'obtient en additionnant les notes des sections et en divisant le résultat par 2. Il n'est pas tenu compte des fractions. Pour la quatrième partie la note est fixée d'après le résultat général de l'examen de cette partie à la pluralité des voix des membres du jury ayant siégé dans cette partie, y compris le président. En cas de partage la voix de celui-ci est prépondérante. Si un membre seulement propose la note *mal* et si 2 membres au plus proposent la note *insuffisant*, il ne peut être attribué une note supérieure à *insuffisant*.

8° Si une partie de l'examen ou une section de la deuxième ou de la troisième partie a donné lieu à la note *insuffisant* ou *mal*, elle doit être recommencée, dans un délai de 3 mois au plus tôt pour la note *insuffisant*, dans un délai de 6 mois au plus tôt pour la note *mal*, pour toute une partie dans un délai minimum de 6 ou de 8 semaines respectivement pour chaque section des deuxième et troisième parties.

9° Quand le candidat a subi avec succès toutes les parties de l'examen, la note générale est obtenue en additionnant les notes séparées et en divisant le résultat par 4. Les fractions supérieures à 0,5 sont comptées pour 1 entier, autrement elles sont négligées. Le président du jury communique les résultats de l'examen aux autorités en vue de l'octroi de l'approbation.

13° Les droits pour l'examen total sont de 70 marks, savoir : 10 m. pour la première partie, 5 m. pour chaque section de la deuxième, 7 m. 50 pour chaque section de la troisième, 20 m. pour la quatrième partie et 10 m. pour frais d'administration et fournitures. Au cas où les épreuves sont répétées, en plus de ces droits, il est ajouté 3 m. par partie, 1 m. pour chaque section des deuxième et troisième parties pour frais divers.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CONSERVATION DES DENTS

Par M. Geo. Cunningham de Cambridge.

(Suite et fin [1])

Le cure-dents est malheureusement nécessaire à quelques adultes, mais il n'y faut pas songer pour les enfants.

Quand on a les dents propres, il est facile de les conserver dans cet état avec la brosse à dents, l'eau pure et la soie floche, en consacrant beaucoup de temps à l'opération. La valeur qu'on attache

1. V. *Odontologie*, juillet 1895.

à la poudre dentifrice tend plutôt à diminuer qu'à augmenter avec nos connaissances des causes de la carie. Cependant son usage contribue à conserver la couleur naturelle de la dent ; elle enlève, par le frottement mécanique, les taches et les décolorations qui assombrissent la couleur naturelle de la dent. Son action est mécanique et non médicinale ; aussi importe-t-il de la régler. La poudre doit être très fine et non graveleuse ; elle ne doit donc contenir ni os de seiche, ni écailles d'huître, ni pierre ponce, parce que ces substances produisent trop de frottement. Elle doit être composée de substances alcalines et non pas acides, non plus que de substances capables de se transformer en acides dans la bouche, puisque ceux-ci sont très destructifs du tissu de la dent.

La présence d'un antiseptique dans cette poudre est une bonne chose, quoique certains antiseptiques doivent en être exclus, par exemple le charbon, qui contient trop de gravier et qui provoque la formation d'une bordure bleuâtre sur les gencives à cause des particules qui pénètrent dans les tissus. Miller recommande la chaux précipitée, prise sur la brosse avec un peu de savon légèrement alcalin, mais il préfère le savon dentifrice à la poudre. Il fait remarquer aussi qu'il n'existe aucune preuve qu'on ait obtenu jusqu'à présent une propreté satisfaisante par un lavage préventif de la bouche seul.

Cet auteur a fait une série d'expériences sur des antiseptiques sous forme de lavage pour la bouche afin de déterminer le temps nécessaire à la destruction des bactéries. Puisque le temps pendant lequel, en se rinçant la bouche, le lavage reste en contact avec les dents est de quelques secondes à une minute, pour stériliser la cavité buccale il faut une substance capable de détruire les bactéries en une minute ou moins. Après un nettoyage mécanique complet de la bouche, une solution de bichlorure de mercure (1 pour 2.500) donne la plus parfaite stérilisation de la bouche. Mais ses propriétés toxiques et son goût insupportable, qu'on ne peut atténuer, ôtent à cette substance un emploi général.

La listérine (composée d'huile d'eucalyptus, d'acide borobenzoïque, d'huile de wintergreen) est un lavage antiseptique utile pour la bouche ; des expériences l'ont prouvé. On l'applique sur une brosse pour le nettoyage des dents ou diluée comme lavage de la bouche.

Miller appelle l'attention sur les mesures propres à empêcher le développement des bactéries dans la bouche, non seulement pour limiter leur action et celle de leurs produits sur les dents, mais pour renfermer dans certaines limites les affections résultant d'un manque de soins buccaux. Il a constaté expérimentalement qu'aucune des eaux pour la bouche qui encombrent le marché ne donne même un résultat approché dans ce sens. Pour désinfecter la bouche dans la stomatite, la diphtérie, la gangrène, etc., les médecins se servent d'ordinaire de borax, d'acide borique, de chlorate et de permanganate de potasse, d'eau de chaux, d'acide salicylique, qui, sauf le dernier, n'ont presque aucune action sur les bactéries

de la bouche quoiqu'ils aient une action nettoyante incontestable sur les parties enflammées ou suppurantes.

Miller a fait des expériences pour essayer l'action des solutions antiseptiques sur les bactéries dans la bouche elle-même et non sur des cultures hors de la bouche. Il a constaté des différences considérables dans le laps de temps nécessaire pour stériliser ou détruire les bactéries de la salive de diverses personnes et il a trouvé que, seuls, la saccharine et l'acide benzoïque se prêtent à un *usage journalier* pour des lavages antiseptiques de la bouche. La première, en solutions alcooliques surtout, a une action très marquée sur les bactéries de la bouche. C'est une des substances les moins toxiques recommandées pour le traitement de la cavité buccale sans action délétère sur les dents.

Sa saveur sucrée toutefois la rend désagréable à certaines personnes. Mais, après un usage répété, ce goût disparaît notablement.

Miller a prescrit ces substances comme il suit :

Saccharine............	2 gr. 5
Acide benzoïque..... .	3 — »
Teinture de rhatania...	15 — »
Alcool absolu.........	100 — »
Huile de menthe poivrée.	0 — 5
— camomille......	0 — 5

Un mélange d'une partie de cette mixture et de 9 d'eau conservé 1 minute dans la bouche produit un effet marqué sur le nombre des bactéries. En remplaçant l'eau par une solution d'eau oxygénée à 3 0/0, le pouvoir germicide est grandement accru.

Le meilleur moyen d'avoir une bouche scientifiquement propre est d'employer la brosse à dents, la soie floche, etc., et les lavages stérilisants dont l'efficacité sera augmentée par la durée du contact.

Puisque les bactéries jouent un rôle important dans la destruction des dents, même en cas de bonne santé, cette situation est aggravée dans la bouche d'un malade atteint de fièvre typhoïde par exemple. On attribue la carie qui accompagne d'ordinaire cette maladie à un état constitutionnel ; mais si l'on considère la température élevée qu'amène cette fièvre et l'alimentation qu'elle comporte, dont une partie reste en contact avec des dents malpropres, il est clair que les bactéries ont plus que les facilités habituelles pour produire la carie ; de telle sorte que celle-ci doit être regardée comme résultant d'un état local négligé.

Il importe donc que les malades se rincent la bouche avec une solution antiseptique.

Ainsi que je l'ai dit, le meilleur moment pour le lavage de la bouche est après le dernier repas. Se brosser les dents le matin seulement, c'est fermer la porte de l'étable quand la chèvre est dehors. C'est une excellente chose que de le faire après chaque repas.

En 1876, peu de temps après avoir pris mes degrés à l'université de Harvard, je fus chargé pendant quelque temps du service dentaire

d'une école d'enfants pauvres près de Boston où, à ma première visite, je fus étonné de voir ces enfants, après le dîner, se servir de la brosse à dents. Ces enfants n'avaient pas besoin de mes recommandations, mais seulement de mes soins pour quelques caries, inévitables même dans des bouches bien entretenues. Je recevais des appointements payés par la direction de l'Ecole. Je ne pouvais m'empêcher de remarquer le contraste entre cette situation et celle qui m'était faite quand j'étais moi-même à l'école. Dans nos dortoirs était accroché au pied de chaque lit un sac contenant une brosse et un peigne, avec une petite poche à l'extérieur destinée sans doute à une brosse à dents, quoique pendant les sept ans où je suis demeuré dans cette école, je n'y aie jamais vu une brosse à dents; et pourtant c'était une institution si riche qu'elle ne savait comment dépenser ses revenus! Un dentiste était attaché à l'établissement, mais il se bornait aux extractions des dents qui nous faisaient mal. Il recevait un traitement de 250 francs par an pour 180 enfants, mais il déléguait ses fonctions aux mains peu délicates de ses élèves pour les exercer.

Dans la première série d'écoles examinées par les soins de l'Association dentaire britannique — plus de 40 — les bouches des enfants ont été trouvées propres, sauf dans une. Dans ces établissements l'emploi de la brosse à dents est encouragé par des bons points.

Nous avons introduit la brosse dans quelques-unes des écoles visitées. Mais cette mesure n'est pas suffisante, car dans une école de Cambridge, dont les enfants habitent chez leurs parents et possèdent tous une brosse, il n'a pas été trouvé une bouche propre, parce que les enfants ne se servent de la brosse que le dimanche ou deux fois par semaine.

Les rapports des écoles paroissiales et industrielles établissent que, d'ordinaire, les brosses à dents ne sont pas fournies et pourtant un grand nombre de bouches d'enfants étaient propres. Il faut attribuer cela à leur nourriture saine et dure, à leurs bonnes habitudes d'hygiène et à la salubrité de tout ce qui les entoure.

Quoique l'usage des dents pour la mastication contribue puissamment à tenir les dents propres, ce qui suit prouve la nécessité de fournir des brosses à dents et d'en recommander l'usage. Sur 931 bouches, 13 0/0 seulement furent trouvées *propres*, 42 0/0 *passablement propres*, 42 0/0 *sales*, 3 0/0 *très sales*. Le tartre fut constaté dans 43 0/0 en *petite quantité*, dans 9 0/0 en grande quantité.

Dans une école spéciale de 500 garçons : 13 0/0 étaient *propres*, 60 0/0 *passablement propres*, 24 0/0 *sales*, 3 0/0 *très sales*. Une cause de ces résultats réside peut-être dans ce fait que, chaque jour, à 7 h. 30 du soir, il est servi du biscuit de mer que les élèves croquent sans le tremper dans le thé.

Examinons maintenant la nécessité de porter remède à cette maladie des dents qui est si caractéristique de la vie scolaire.

L'Association dentaire britannique est convaincue que, si l'on prêtait plus d'attention aux dents des enfants, la santé publique générale et le bien-être en seraient améliorés, en ce sens que les

effets désastreux produits même à l'âge adulte par la carie et la chute des dents peuvent, pour la plupart, être attribués à des maladies de ces organes dans l'enfance. Ainsi une forte proportion de jeunes gens déclarés impropres au service militaire ou à la marine le sont seulement pour des maladies dentaires qu'on aurait pu éviter avec quelques soins quand ils étaient plus jeunes.

Des candidats aux services civils sont fréquemment écartés de l'administration, même après avoir passé les examens voulus, en raison de l'état de leurs dents.

L'Association a jugé nécessaire de montrer par une statistique sûre les maladies des dents existant chez les enfants, de prouver ainsi la nécessité d'y remédier et de rassembler des preuves propres à convaincre les gouvernants qu'en portant leur attention sur cette question ils serviront les intérêts du public aussi bien que ceux des enfants.

L'examen des dents des enfants dans les écoles industrielles, navales, orphelinats, établissements dépendant du ministère, etc., est fait par des dentistes désignés par la Commission de l'Association dentaire britannique.

Les résultats prouvent que la carie est une des maladies les plus fréquentes chez les enfants. Ils sont consignés dans le tableau suivant :

Nombre d'enfants examinés (garçons et filles au-dessus de 5 ans, Angleterre et Ecosse)........			10.517
Dents temporaires ayant besoin d'une obturation	9.573	18.009	
— — — — — extraction	8.436		
— permanentes — . — — obturation	13.017	19.096	
— — — — — extraction	6.079		
— — déja extraites........		2.174	
Total des dents malsaines........		39.279	

Dentures exemptes de carie : 1508, soit 14. 2 0/0.

Enfants sans carie. — Beaucoup de ces enfants traversaient la période de transition entre la chute de la 1re dentition et l'apparition de la 2e et, dans un grand nombre de cas, il y avait irrégularités ou surnombre. Quelques-uns n'avaient besoin que de l'extraction de dents temporaires pour être en bon état ; c'est toutefois un fait digne de remarque que, sur 10.517 bouches examinées, 1508 seulement n'avaient besoin de rien et que dans toutes les autres il fallait des soins spéciaux pour leur rendre la santé.

Cette situation n'est pas particulière à la classe inférieure de la population, car l'examen d'une école anglaise dont les élèves appartiennent à des industriels ou à des commerçants donne le même résultat.

Dans deux écoles d'Edimbourg où les élèves sont bien nourris et observent une hygiène parfaite (âge moyen 11 ans 1/2), sur 1000 enfants on a trouvé 158,2 0/0 de dents permanentes défectueuses dans l'une, où les enfants appartiennent à des artisans aisés, et 273,9 0/0 dans l'autre, où ils appartiennent à des gens des carrières libérales ou du commerce. Les dentures exemptes de

carie étaient au nombre de 11 0/0 dans la première et de 7,5 0/0 dans l'autre.

Plus récemment d'autres écoles, dont les élèves appartiennent à une classe plus élevée, ont été examinées, et, sur 100 enfants, il y en a moins ayant les dents saines et plus qui ont de mauvaises dentitions dans la classe riche que dans la classe pauvre. C'est sur les écoles de cette dernière catégorie qu'ont porté presque tous les examens.

Première dentition. — On croit généralement que ces dents ne méritent aucun soin particulier, parce qu'elles disparaissent pour faire place à d'autres. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question et nous nous bornerons à signaler à l'attention des praticiens les résultats mentionnés dans le tableau qui précède : 18009 dents temporaires exigeant des soins.

Seconde dentition. — C'est entre 6 et 7 ans que les premières dents permanentes font leur apparition. Par suite de leur présence dans la bouche concurremment avec les dents temporaires, on les regarde trop souvent comme faisant partie de la première dentition et on néglige par suite leur carie et leur chute, au grand détriment d'une dentition complète. Ces dents, qu'on appelle souvent les molaires de 6 ans, font leur éruption dans l'espace formé dans le maxillaire immédiatement derrière les molaires temporaires. Il convient de conserver des dents qui ont cette importance, en raison de leurs fonctions de mastication et de leur position dans la mâchoire. Après leur éruption les dents temporaires sont graduellement remplacées par les dents permanentes correspondantes, et c'est à 12 ans qu'on peut attendre les secondes molaires. Il est donc important de conserver en bon état jusqu'à cet âge les molaires de 6 ans comme offrant les seules faces masticantes pendant la période de transition entre la dentition temporaire et la dentition permanente. D'après la tableau ci-dessus, plus de 13017 dents permanentes pouvaient et devaient être sauvées ; le plus grand nombre d'entre elles étaient des molaires de 6 ans.

Dans beaucoup de cas les dents sont peu nombreuses et dans un tel état qu'une opération courte et presque sans douleur les sauverait pour des années et même pour la vie, en observant une hygiène convenable. Ces dents, certes, après enlèvement de la carie et une obturation, seraient en meilleur état qu'après l'éruption, puisque les cavités cariées proviennent des défauts de structure tels que les sillons et les fissures de l'émail. Ce dernier fait est prouvé par la tendance des dents correspondantes du côté opposé de la bouche (qui se développent en même temps) à se carier. Malgré ces défauts, les dents ont souvent un grand pouvoir de résistance, si bien que la survenance de la carie bientôt après l'éruption ne prouve pas que les dents doivent être inévitablement perdues.

Dans une autre série on trouve des cavités à une période initiale dans lesquelles, outre les sillons et les fissures, les faces contiguës sont attaquées, principalement dans les dents antérieures. Dans une 3e série le développement de la carie est déjà si avancé qu'il n'y a pas d'autre traitement que l'extraction et cela peut se constater

même quelques mois après l'extraction. Mais il n'en est ainsi que chez les dents à une époque avancée de la carie, qui étaient à leur période de début et qu'à un moment on aurait pu conserver.

Dans 5 0/0 des cas on trouve beaucoup de cavités à carie avancée, exigeant un traitement répété, car aucune obturation ne peut remédier au faible pouvoir de résistance et, seuls, le régime alimentaire, l'exercice et l'usage des dents peuvent modifier leur qualité en avançant en âge.

Dans beaucoup de cas les faces labiales des dents sont sérieusement atteintes, moins par les cavités que par des caries s'étendant sur l'émail ; ce fait est dû uniquement à la malpropreté habituelle, puisque les dents sont souvent couvertes d'un revêtement pâteux épais et d'une masse visqueuse de détritus alimentaires. Si la carie n'a pas dépassé l'émail, un nettoyage et un polissage parfait de l'émail peuvent arrêter le mal.

La dent la plus fréquemment cariée est la 1re molaire, qui fait éruption la 5e, la 6e, la 7e ou la 8e année. Les quatre 1res molaires forment la seule surface triturante continue pendant les 6 ans compris entre la disparition des dents temporaires et la survenance des 2es molaires permanentes. Elles n'ont point de successeurs et on ne doit par les laisser carier démesurément ; même si l'on ne peut les sauves, pour conserver l'intégrité de l'arcade et laisser les mâchoires se développer, il y a lieu de les garder jusqu'à ce que les 2es molaires (celles de 12 ans) aient fait leur éruption. La statistique d'une école du district de Leeds de 628 enfants de 5 à 12 ans à mauvaises dents montre que chez ces enfants, à 6 ans et 3 mois, 2/5 des 1res molaires étaient cariées ; chez ceux de 7 ans et 3 mois, plus de la moitié étaient cariées ou perdues. Avec l'âge la proportion de la carie avance de plus en plus jusqu'à ce qu'elle atteigne, dans ce district, plus de 70 0/0 dans les 1res molaires supérieures et de 85 0/0 dans les inférieures.

Le traitement à cet âge offre la plus grande importance, car la carie est essentiellement une maladie de la jeunesse, dépendant de causes prédisposantes qui diminuent avec l'âge. Les points de la structure la plus faible sont attaqués avant l'âge de 17 ou de 18 ans, et presque toutes les dents qui succombent sont attaquées avant 25 ans. Une carie dans la face proximale d'une dent entraîne en effet la carie de la voisine et c'est ainsi que la carie devient une maladie infectieuse. Même si l'on peut écarter la carie pour un certain temps, il est aisé d'en venir à bout si le sujet s'acquitte soigneusement de sa part de mesures préventives.

Quand certaines dents doivent être extraites, le meilleur moment pour l'opération est entre 9 et 13 ans et il faut, à cet effet, obturer un grand nombre de molaires.

Le traitement appliqué pendant la vie scolaire pour corriger les irrégularités doit avoir pour conséquence de diminuer le nombre des caries, en faisant disparaître une cause prédisposante fréquente. Bien plus, quand la position des dents est régulière, l'extraction

de 4 (les 1res molaires ou plus rarement l'une ou l'autre des bicuspides) peut être un traitement plus conservateur que leur conservation au moyen de restaurations.

Plus il est difficile d'assurer à l'individu un traitement réparateur plus tard, plus il est nécessaire de recourir au traitement radical, l'extraction. Pour être couronnée de succès, cette opération doit être accomplie entre 9 et 13 ans, suivant l'éruption des dents. Si elle est reportée après l'âge de 15 ou 16 ans, ses résultats sont très incertains. Le mouvement des dents qui résulte d'une extraction judicieuse est tel que, dans certains cas, un expert peut se demander par la suite si les 1res molaires ont été extraites ou non, tandis que la valeur fonctionnelle de la denture comme organe masticateur peut être détruite par une extraction irraisonnée de celles-ci ou même d'un nombre de dents moindre.

Pour se rendre réellement compte de la signification des statistiques déjà obtenues, quant à la carie et aux irrégularités, j'ai proposé de faire les distinctions suivantes: si toutes les dents sont exemptes de carie, la denture, même irrégulière, est qualifiée de *bonne*; si 1, 2, 3 ou 4 dents seulement sont cariées, elle est *passable*; si 5 à 8 dents sont cariées, elle est *mauvaise*; s'il y en a plus de 8, elle est *très mauvaise*. Comme il y a 4 dents dans chaque classe, ce nombre à été pris comme raison de la progression.

Pour le bateau-école *Exmouth*, comptant 480 élèves de 11 à 17 ans, où la dentition est supérieure à celle de la majorité des écoles analogues déjà examinées, en appliquant cette classification, on trouve que, à part les 2,25 0/0 des enfants qui n'ont que des dents temporaires cariées, 24,6 0/0 ont des dents *bonnes*, 44,9 0/0 des dents *passables*, 22,9 0/0 des dents *mauvaises*, et 5,25 0/0 des dents très mauvaises.

Cette classification a été étendue aux 4951 des derniers cas rapportés dans les tableaux annuels. En groupant 3 années sur 7; comme dans le tableau B, en colonnes verticales, l'âge où commence la carie, la marche rapide annuelle du mauvais au pire dans les séries cariées et le sort de ces séries avec le temps, si l'on ne se rend pas maître du mal dans l'enfance, sont donnés d'une manière mathématique.

Tableau B donnant la proportion pour cent d'enfants à dents saines et temporaires et à dents permanentes défectueuses, groupées par séries de 4 et par périodes de 3 ans.

Nombre d'enfants examinés...........	334	919	1.630	1.824	244	4.951
Age...............	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	Qualité.
Dents saines (point de carie)...........	21,3	13,7	14,4	17,7	7,4	Bonne.
Dents temporaires défectueuses........	67,3	37,7	15,9	4,4	0,4	Incertaine.
DENTS PERMANENTES DÉFECTUEUSES :						
1 à 4............	11,4	47,4	57,5	50,0	37,3	Passable.
5 à 8.............		1,1	10,5	24,7	33,2	Mauvaise.
9 ou plus........		0,1	1,7	6,2	21,7	Très mauvaise.
	100	100	100	100	100	

Les chiffres des 2e, 3e et 4e colonnes sont assez élevés pour donner des résultats moyens sûrs. Celui de la 5e colonne ne l'est pas à cet égard et conséquemment d'autres observations, à cet âge, seront nécessaires.

L'augmentation de la proportion de dentures saines jusqu'à la 4e période est expliquée par l'éruption de bonnes dents permanentes à la place de dents temporaires cariées et peut-être par le fait qu'un développement précoce des dents permanentes est souvent accompagné d'une susceptibilité exceptionnelle de carie. La diminution rapide des cas de temps temporaires seulement défectueuses est telle qu'on pouvait s'y attendre, si ce n'est qu'elle persiste dans les 4e et 5e groupes d'âge. Les écoles comprises dans ce tableau comptaient 2 catégories distinctes : les pauvres sans traitement dentaire et les riches avec un dentiste attaché à l'établissement. La conservation exagérée de ces dents temporaires ne s'est produite que dans la 1re classe.

L'augmentation et la diminution de la proportion dans la classe *bonne*, l'augmentation brusque de celles de la classe *mauvaise* pendant la 3e période d'âge, suivie de la transition sérieuse du *mauvais* au *très mauvais* pendant la 4e période, sont très instructives et prouvent l'urgence d'un traitement dans les 1re et 2e périodes.

Pour montrer combien la dentisterie conservatrice appliquée comme il convient et d'une manière continue peut arrêter les ravages de la carie, on a dressé un tableau prouvant que dans une école de 49 élèves de 11 à 19 ans, 6 0/0 avaient de *bonnes* dents, 61 0/0 des dents *passables*, 29 0/0 des dents *mauvaises* et 4 0/0 des dents *très mauvaises*; mais que, grâce à un traitement intelligent appliqué à temps, sur les 46 dentures atteintes de carie, 35 furent rendues saines artificiellement, c'est-à-dire n'exigèrent pas de trai-

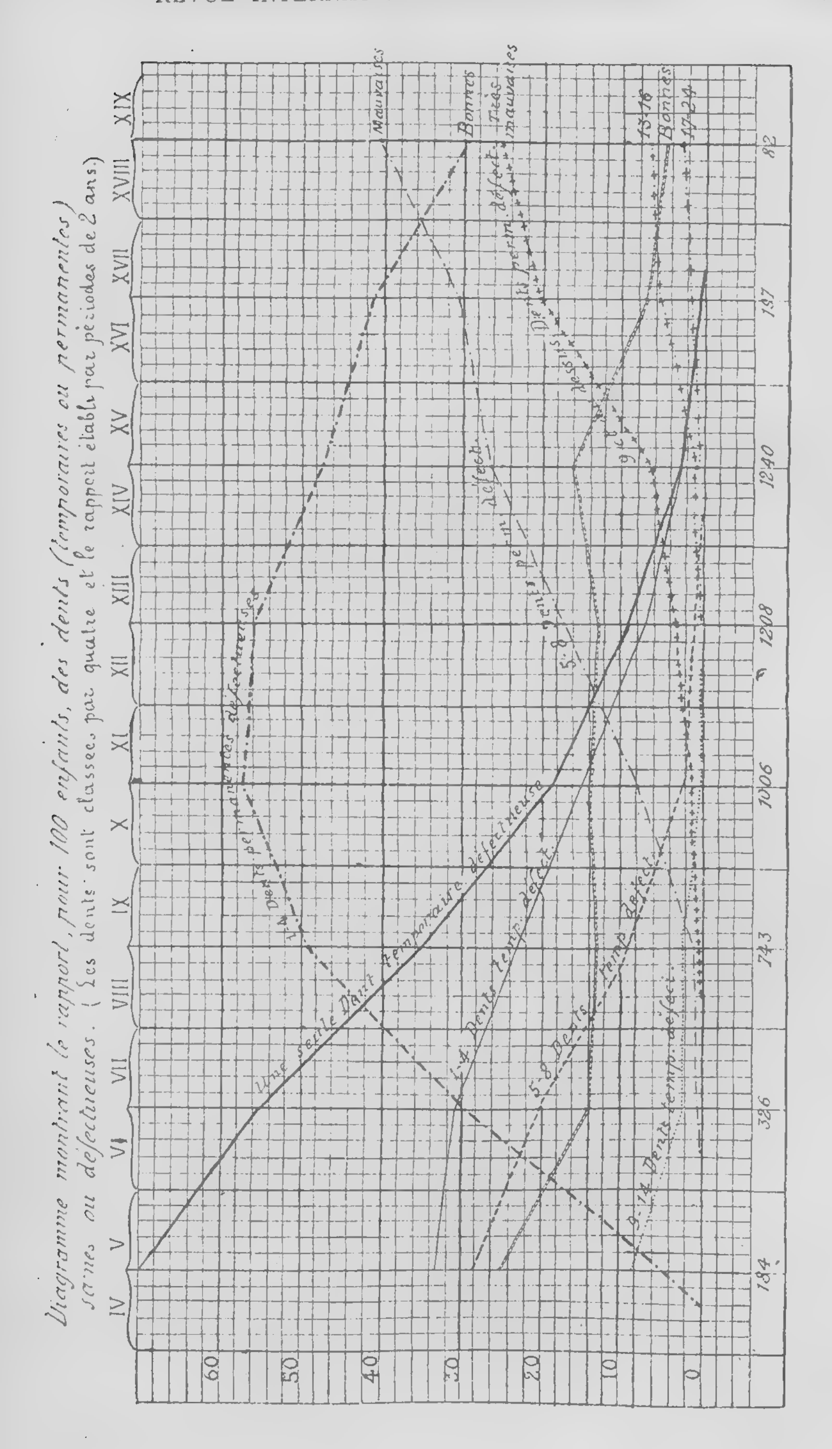
tement, tandis que 11 en exigèrent pour 20 dents nécessitant une obturation et 3 comportant une extraction et 42 dentures sur les 46 avaient eu 128 obturations.

L'importance d'un traitement conservateur est de plus mise en lumière si l'on oppose la perte du pouvoir masticateur résultant de défauts ou de l'absence de dents contiguës d'un côté ou des deux côtés de la bouche dans les écoles pourvues d'un dentiste et dans celles qui en sont privées. Dans les 2 écoles riches la proportion de la perte du pouvoir masticateur chez 198 élèves était de 2 1/2 0/0, tandis que dans 3 écoles sans dentiste elle variait de 5,3 à 10 0/0 et, pour 911, atteignait une moyenne de 7 1/3 0/0 ; de plus, dans ces dernières, elle affectait les deux côtés de la bouche. Ce contraste est surtout frappant à cause de la grande susceptibilité des dents à la carie dans les écoles riches, indiquée par le nombre des dents défectueuses. Il y a également des signes d'autres faits d'un grand intérêt que des recherches ultérieures élucideront probablement. Dans les écoles de la classe pauvre, sur 1594 enfants examinés, il a été constaté 14 0/0 d'irrégularités, soit environ le double des écoles riches ; de même la proportion de dents en gâteau de miel, qui témoigne d'une influence particulière lors du développement des dents dans les 2 premières années de la vie, a été comme 9 est à 3 et plus même.

Cette classification prouve que beaucoup de dentures peuvent être rendues sinon parfaites au moins satisfaisantes avec un traitement approprié ; que, s'il n'en est pas ainsi, celles signalées comme *bonnes* deviendront *mauvaises* en peu de temps, et celles qui sont *mauvaises* deviendront *très mauvaises*. Beaucoup de *mauvaises* et toutes les *très mauvaises* ne pourraient subir l'examen de l'amirauté en raison de la grande perte de leur pouvoir masticateur. Beaucoup d'enfants ont besoin, comme conséquence de l'absence de tout traitement, de dents artificielles à l'âge de 14 ou 15 ans. Etant donné les exigences de l'armée et surtout de la marine quant à la dentition, il est manifeste qu'il faut donner des soins à la denture des enfants, pour permettre à un plus grand nombre d'entre eux d'être aptes au service maritime.

J'ai pu examiner la bouche de jeunes gens qui se présentaient pour le service militaire en passant par le dépôt des recrues de Londres. Ils avaient de 17 à 25 ans, soit, en moyenne, 19 an-7 mois. 5 seulement sur les 100 premiers avaient des dents exemps tes de carie et 2 sur ces 5 ne furent pas admis comme n'ayant pa- la circonférence de poitrine voulue. 34 0/0 avaient des dents *passas bles*, 32 0/0 des dents *mauvaises* et 29 des dents *très mauvaises* - parmi ces derniers, 12 0/0 avaient de 13 à 22 dents cariées ou dé; fectueuses. Dans 64 0/0 il fallait exciser, 70 0/0 souffraient de gencives enflammées et ulcérées, 27 0/0 d'abcès chroniques, dont beaucoup sur les dents antérieures.

Un médecin de marine à la caserne de la marine à Sheerness a examiné 1022 hommes, en bornant ses recherches à ceux de plus de 20 ans dont les dents étaient en bon état au moment de rejoindre


Diagramme montrant le rapport, pour 100 enfants, des dents (temporaires ou permanentes) saines ou défectueuses. (Les dents sont classées par quatre et le rapport établi par périodes de 2 ans.)
IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV XVI XVII XVIII XIX
60 50 40 30 20 10 0
184 326 743 1006 1208 1240 82
Une seule Dent temporaire défectueuse
1-4 Dents temp. défect.
5-8 Dents temp. défect.
Dents perm. défect.
Dents permanentes défectueuses
Mauvaises
Bonnes
Très mauvaises
Bonnes

leur corps. « Sur ces 1022 hommes, représentant 32704 dents en tout et, défalcation faite de 1030 dents non encore sorties, 31674 seulement, 4929 dents avaient été extraites ou étaient cariées, soit plus de 1/7 du nombre total, ce qui, étant donné l'âge et la nature des hommes, est assez considérable. » Ces chiffres prouvent que la perte se produit principalement parmi les dents d'où dépend la force masticatoire. La proportion est de 1,55 0/0 pour les incisives, 4,35 0/0 pour les bicuspides, — 9,65 0/0 pour les molaires.

Ces chiffres donnent à peine une idée exacte de la perte réelle, si ce n'est que sur 100 molaires 1/3 étaient cariées ou manquantes, les nombres exacts étant 42,5 — 22,87 et 34,63 pour les 1res, 2es et 3es molaires respectivement, tandis qu'un grand nombre de dents saines restantes doivent avoir été inutilisables par suite de l'absence des antagonistes.

Le Dr Wilberforce Smith, en étudiant la perte précoce des dents mastiquantes et les effets désastreux qui en résultent pour la digestion, citait une statistique dont la base est différente, mais qui est également convaincante. « J'ai examiné, dit-il, 250 cas pour établir la valeur médicale des dents broyantes afin d'évaluer exactement la perte du pouvoir masticatoire parmi la population. Je n'ai pas tenu compte des incisives et des cuspides, remplacées par les couteaux et les fourchettes, non plus que des dents antérieures dont l'influence sur la santé n'est pourtant pas contestable.

« De 15 à 20 ans, en considérant les 2 côtés de la bouche, il reste 2 paires de molaires et une petite fraction (2,15) ; de 25 à 30 ans, 2 paires de molaires et une fraction plus petite (2,04). A cet âge l'éruption complète de la dent de sagesse semble améliorer un peu le résultat et il reste près de 2 paires et demie (2,47) de molaires. De 30 à 40 ans, 1 paire de molaires et 1 fraction (1,40). De 40 à 50 ans moins d'une paire de molaires représentée par la fraction 0,75. »

Pendant les 12 dernières années, j'ai pu étudier parfaitement les dents des étudiants des universités et me rendre compte des dommages épouvantables causés par la carie dans la bouche de gens auxquels leur condition sociale permet de se donner tous les soins désirables.

Quelquefois il faut de 30 à 60 heures dans le fauteuil pour remettre ces dents en état. N'est-il donc pas du devoir des parents d'éviter, par des soins donnés à temps, la perte presque inévitable de la denture? C'est encore plus le devoir des administrateurs des écoles d'enfants pauvres ou orphelins. La plupart de ces établissements élèvent des enfants qui, à cause d'une maladie qu'on peut empêcher, sont impropres au service dans l'armée de terre ou de mer.

Nous ne craignons pas de dire que ces statistiques justifient un appel au gouvernement dans les pays civilisés, en vue d'une enquête officielle. L'initiative privée a fait déjà beaucoup de bien, mais la question a réellement une importance capitale et exige l'intervention et l'appui de l'Etat dans l'intérêt de la société.

Quelles mesures conséquemment convient-il de prendre pour ar-

rêter les ravages de la carie dentaire qui se fait sentir surtout dans la classe pauvre sans qu'on la combatte?

A titre d'exemple on peut signaler à cet égard les mesures adoptées par le conseil d'administration du bateau-école *Exmouth* avec l'approbation du conseil du gouvernement de l'intérieur de la Grande-Bretagne.

A. Une brosse à dent et de la poudre dentifrice sont fournies à chaque élève et le nettoyage des dents à la brosse a lieu chaque jour après le dernier repas.

B. Un chirurgien-dentiste diplômé est désigné pour examiner les élèves un jour par semaine pendant 5 ou 6 jours [1].

C. L'examen de la bouche de chaque élève a lieu au moins deux fois par an ; les nouveaux sont examinés à la première visite après leur admission.

D. Il est dressé un rapport détaillé de toutes les opérations exécutées à chaque visite. Un rapport sommaire, relatant exactement le nombre des obturations et celui des extractions, est présenté au conseil d'administration tous les 3 mois et un rapport d'ensemble tous les ans.

E. Le Conseil accorde au chirurgien-dentiste désigné une indemnité de 2500 fr. et lui fournit un cabinet et tout ce dont il a besoin sur terre ou sur mer.

F. Comme il est impossible pour le dentiste, aussitôt qu'il a pris possession de son poste, de faire autre chose que d'examiner et de mettre en état les dents des nouveaux élèves, en donnant aux anciens les soins nécessaires dans les cas urgents, il convient d'accorder à ce praticien un assistant diplômé avec des appointements hebdomadaires pour traiter chaque jour pendant 6 heures, sous sa direction, jusqu'à ce que les dents des nouveaux et des anciens, surtout ceux de la classe supérieure, aient été mises en état. C'est uniquement par ce moyen que les dents des élèves peuvent être convenablement traitées.

Les heures de service et les émoluments du chirurgien-dentiste sont les seuls points difficiles, parce qu'il est clair que les premières et par suite les seconds doivent être proportionnellement moindres dans une école comptant moins de 500 élèves, que dans une école en comptant plus de 500, puisqu'ils sont basés sur les besoins des écoles d'enfants pauvres où les dents très mauvaises seraient avulsées ou laissées sans traitement. Dans d'autres écoles il faudrait des opérations dentaires plus compliquées, qui naturellement exigeraient plus de temps et, par suite, une rémunération plus élevée.

Ce n'est pas une chose nouvelle que de voir un dentiste chargé des soins d'une école, mais en raison de ce que ses services sont purement gratuits ou insuffisamment rétribués, trop souvent le traitement se borne aux extractions. Le praticien visite une école de plusieurs centaines d'élèves 2 fois par an et enlève plusieurs cen-

---

1. Dans les écoles de 500 élèves, et proportionnellement plus ou moins suivant le nombre d'élèves.

taines de dents à chaque visite. Il ne faudrait pas que les écoles continuassent d'être soumises à une opération si cruelle, qu'on peut très bien éviter dans un grand nombre de cas.

Le trait caractéristique des nominations nouvelles, dont plusieurs ont eu lieu à la suite de l'enquête faite par l'Association dentaire britannique, est le traitement hygiénique et conservateur. La statistique des opérations prouve que, si la recommandation (F) qui précède n'est pas observée, même avec ces nominations, la majorité des dents cariées sont privées de traitement et que leur état va de mal en pire. On ne saurait observer cette recommandation trop rigoureusement pour compléter la recommandation (B). Il est vivement à souhaiter que, pour les écoles de l'Etat, il soit adopté un système uniforme de statistique mentionnant le nombre d'obturations et d'extractions, centralisé par le Ministère de l'Intérieur, en ce qui concerne du moins la Grande-Bretagne.

L'influence des micro-organismes sur la propagation de certaines maladies a été démontrée avec succès. La bouche, comme on sait, est remplie de ces microbes ou germes. Or il semblerait, par l'indifférence avec laquelle elle est traitée, ainsi que les dents, qu'elle ne présente aucun intérêt au point de vue de la santé générale, que les dents sont des organes destinés à disparaître et qu'il est sans utilité de s'en occuper. Et pourtant le dommage qu'elles causent à la santé générale est beaucoup plus grand qu'on ne l'a soupçonné jusqu'à présent et il est nécessaire, pour compléter notre étude, de rappeler brièvement les conclusions de nos plus éminents bactériologues.

Après avoir appelé l'attention sur diverses maladies du tissu osseux et de l'empoisonnement du sang par des dents malades ou des opérations exécutées dans la bouche, amenant quelquefois la mort, Miller, dans son ouvrage *La bouche humaine comme foyer d'infection*, dit :

« La pneumonie doit être regardée comme une maladie intimement liée, suivant toute probabilité, à l'état de la bouche. Les résultats uniformes obtenus par les investigateurs pendant les 5 dernières années ne permettent guère de douter que la cause de cette maladie ne doive être cherchée dans une espèce ou un groupe de micro-organismes constamment présents dans la salive des personnes atteintes de pneumonie et même très souvent dans celle de personnes tout à fait saines. . . . .

» Il est fort improbable que le nombre de germes inspirés à un moment quelconque soit suffisant pour les conserver dans les poumons sans qu'ils aient auparavant fait un certain séjour dans la bouche, qui leur sert de point de recrutement.

» De plus, le pneumocoque de la pneumonie ne prolifère pas seulement à la température ordinaire de l'air, mais, ce qui est bien plus important, il perd sa virulence dès qu'il est cultivé hors du corps, même dans les conditions les plus favorables, ce qui est une autre raison pour supposer que, dans la pneumonie, la bouche — et non pas l'air — est la source directe de l'infection. . . . .

» La diphtérie primitive de la bouche et la tuberculose primitive ont été maintes fois causées par des dents cariées. C'est ainsi que dans une épidémie de stomatite — la fièvre aphteuse de l'homme — qui a sévi sur 6000 personnes, 40 cas ont eu une terminaison fatale et dans beaucoup plus les victimes sont devenues impotentes. Cette épidémie avait été répandue par des verres à boire. »

La propagation constante et alarmante de la diphtérie et sa relation probable avec les soins donnés pendant l'enfance suffisent pour attirer l'attention sur la possibilité de diminuer la fréquence de cette maladie par une hygiène de la bouche bien entendue. Cette propagation ne frappe pas actuellement les petits enfants, d'ordinaire les principales victimes de la diphtérie, mais les frappe entre trois et dix ans et l'augmentation de la mortalité causée par la diphtérie a suivi le développement de la fréquentation des écoles primaires. Il n'a pu être donné d'explications satisfaisantes de ce fait.

L'obligation imposée à l'enfant de se présenter à l'école la bouche et la figure propres mérite d'être essayée, car il ne manque pas de preuves que la malpropreté de la bouche favorise la survenance de la diphtérie.

Des recherches récentes semblent prouver que les bacilles de la diphtérie ne peuvent avoir que peu d'effet nocif — et même point du tout — quand la muqueuse de la gorge et des parties voisines reste saine et exempte de petites maladies. Roux et Yersin ont trouvé que la bactérie spécifique peut persister plusieurs jours dans la bouche après que toutes les traces de membrane ont disparu, et ils conseillent de ne pas laisser les diphtériques convalescents en contact avec leurs camarades d'école ou de jeu et leurs familles pendant les 15 jours au moins qui suivent la disparition de la membrane. Ils considèrent comme aussi important de se rincer la gorge 3 ou 4 fois par jour avec une lotion désinfectante que de désinfecter les vêtements et le linge de lit.

« La bouche, ce terrain si favorable d'incubation, n'est toutefois pas accaparée, dit Woodhead dans *Les bactéries et leurs produits*, par les organismes qui ont été mentionnés et qui, pendant les épidémies ou quand on est en contact avec des gens souffrant de diverses maladies, s'introduisent fréquemment dans la bouche, où ils s'accumulent, se multiplient et parfois apportent une des nombreuses maladies auxquelles ils sont associés. . . . .

» Dans certains cas une lésion de la bouche, du périoste ou des tissus mous du pharynx peut amener des infections de diverses natures ; mais, en règle, l'infection septique est le résultat fréquent d'une invasion de ces régions et on cite beaucoup de cas où la mort a suivi les opérations mêmes les plus anodines dans la bouche et le pharynx nasal.

» Plusieurs fois la mort a suivi — avec tous les symptômes de la septicémie la plus violente ou de l'empoisonnement chronique, comme la pyémie — l'extraction d'une dent ou l'ouverture de a gencive de patients dont la bouche n'était pas parfaitement nettoyée ou de gens ayant soigné des malades atteints de maladies infect eu-

ses. Dans ces cas les organismes se frayaient, des points où ils étaient relativement inoffensifs, un chemin jusqu'aux blessures faites, envahissaient les lymphatiques ou passaient directement dans le sang où ils apportaient la septicémie ou quelque autre mal.

» Qu'il suffise de dire dans l'intérêt de la propreté antiseptique et de l'humanité souffrante, qu'une bonne et solide brosse à dents, de l'eau en abondance et un dentifrice antiseptique, employés matin et soir, constituent contre beaucoup de maladies une sauvegarde beaucoup plus sérieuse que ne le croient bien des gens. »

Je pense en avoir dit suffisamment pour que chacun répète les paroles de sir James Crichton Browne dans sa conférence aux membres de l'Association dentaire britannique faite à l'Université de Cambridge : « C'est pendant l'enfance que les troubles dentaires surviennent et vous accomplissez un grand devoir public en signalant l'invasion alarmante de la carie dentaire chez les enfants des écoles et en demandant qu'il soit pris des mesures pour l'arrêter. Vous avez montré l'étendue du mal, le moyen d'y remédier et vous avez le droit de réclamer la protection voulue contre un fléau nuisible par lui-même et funeste par ses conséquences. »

Je fais donc un pressant appel à l'intérêt public en cette importante matière dans l'intérêt des enfants souffrants, car, sans appui, la profession dentaire ne peut pas faire beaucoup. Il n'est personne qui ne puisse l'aider dans son œuvre en s'occupant de sa propre santé, en donnant de bons conseils à ceux qu'il peut influencer, en contribuant à obtenir l'intervention de l'Etat sous forme d'un traitement préventif pour les classes pauvres. C'est là, pour employer les termes de Parkes, « une œuvre essentiellement bonne, exempte de l'erreur et de la fragilité qui accompagnent tant de choses que nous faisons, une œuvre désintéressée, dépourvue d'intérêt personnel et empreinte de l'amour de l'humanité ».

CORRESPONDANCE

Genève, le 15 août 1895.

Monsieur le Directeur du journal l'*Odontologie*, Paris.

Monsieur,

Je vous serais bien obligé d'insérer dans votre estimé journal, les explications suivantes, en réponse à la circulaire de M. Thioly-Regard, parue dans le n° de juillet 1895.

M. S. Henneberg n'a parlé du cas de M. V..... que d'après l'affirmation de celui-ci qu'il était déjà diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, lorsqu'il s'est présenté à une école américaine ; la conversation entre MM. Thioly et Henneberg se rapportant à ce sujet a été tenue *hors séance* et M. H. déclare qu'il n'a pas eu l'intention d'être désagréable à un collègue, et encore moins de critiquer l'Ecole dentaire de Paris; du reste, le président de la *Société Odontologique*

de Genève n'aurait pas toléré de semblables procédés, surtout s'ils s'étaient produits au cours d'une séance ; la conversation de ces messieurs est restée ignorée de la plupart des membres de la Société qui causaient de leur côté, la séance étant terminée ; cet incident repose donc sur un simple malentendu ; il n'a pas eu l'importance que lui a attribuée l'honorable M. Thioly, qui, depuis, craignant un désaccord avec ses collègues, a donné sa démission.

Les dentistes de Genève, membres de la Société, ont suivi au contraire, avec un sympathique intérêt, l'œuvre du relèvement scientifique et moral de la profession dentaire en France, accomplie par de dévoués et savants praticiens ; ils félicitent leurs distingués confrères d'avoir obtenu la reconnaissance officielle des études faites dans les excellentes Ecoles dentaires de Paris et ont été heureux de voir l'art dentaire réglementé en France, ce qui ne peut que contribuer favorablement au développement toujours plus grand et plus scientifique de cette branche de l'art médical.

Espérant que ces explications toutes spontanées éclaireront nos honorables confrères parisiens sur la vraie nature de nos sentiments de respectueuse cordialité à leur égard, je vous prie, Monsieur le Directeur, de recevoir l'assurance de ma haute considération.

Le Président de la Société Odontologique de Genève,

L. Guillermin.

CONGRÈS DENTAIRE DE GENÈVE

ADDENDUM

Genève, le 20 août 1895.

Mon cher Directeur,

Dans le compte-rendu du Congrès Dentaire Suisse (*Odontologie* numéro de juin 1895), estimant que la description d'un instrument n'est profitable qu'à la condition d'être accompagnée de figures, je n'avais fait que mentionner la présentation de l'angle droit perfectionné par notre collègue Th. Dill, de Liestal. Sur ma demande, l'inventeur ayant bien voulu mettre à la disposition de votre Revue deux ou trois clichés de l'original et des détails de son instrument, je crois que vos nombreux lecteurs prendront intérêt à connaître les modifications apportées aux modèles actuellement en usage, chacun se plaignant de ces derniers, qui sont loin de répondre aux exigences de la pratique professionnelle.

En effet, quel est le dentiste qui n'a pas eu un moment ou l'autre à se plaindre de l'angle droit actionné par le tour à fraiser ? Lorsqu'il est neuf, tout fonctionne assez bien, mais bientôt les parties intérieures de l'angle droit, ne pouvant se nettoyer, commencent à s'encrasser, à se rouiller et à s'user.

La fraise ne tourne plus d'une façon satisfaisante, il y a de l'ébat ; il arrive encore quelquefois que le foret, en s'échappant de la douille risque d'être avalé par le patient.

M. Th. Dill a pris à cœur de remédier à ces défauts en construi-

sant un instrument d une exécution très soignée pouvant se régler et se démonter, et permettant une fixation rapide et solide de la fraise.

Il a remplacé le système à frottement latéral de la douille par celui en forme de cônes opposés

Toutes les parties de l'angle droit sont interchangeables ; en cas de perte ou d'usure d'une partie quelconque, celle-ci peut être facilement remplacée, car les pièces de tous les angles droits sont pareilles.

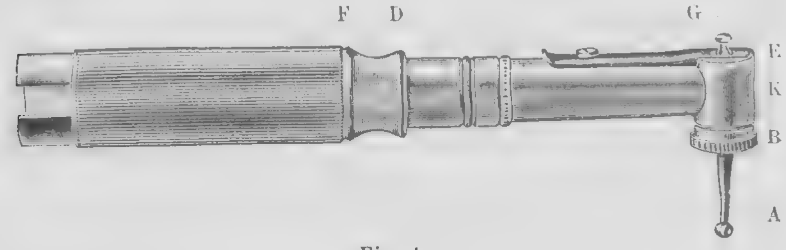


Fig. 1.

A. Tête de la fraise.
C. Bout » » »
D-E. Couvercle mobile et ajustable.
F-G. Douille à dévisser pour le nettoyage de la pièce.
K. Cylindre renfermant la douille conique qui tient la fraise.

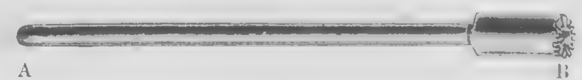


Fig. 2.
A-B. Arbre de l'angle droit dentelé au point B.

La douille qui tient la fraise (fig. 4 C-D) repose par ses deux extrémités dans des boîtes coniques ; le couvercle mobile (fig. 1 B et fig. 4 B) permet de l'ajuster à volonté ; on peut ainsi régler l'instrument et obtenir une rotation parfaite de la fraise sans ébat possible.

La fraise (fig. 5) se fixe rapidement et solidement en la faisant glisser dans la douille conique (fig. 1 B-E), puis en exerçant avec sa tête (fig. 1 A et fig. 5 A) une forte pression contre un objet dur (de préférence sur une petite plaque de zinc ou de laiton placée à proximité du fauteuil). Ensuite avec le doigt on pousse en avant le ressort bleu (fig. 1 D-E) de manière que son extrémité E en forme de four-

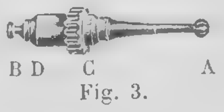


Fig. 3.

A-B. Fraise.
C.D. Douille conique renfermant la fraise. Au point D la douille forme un cône et ce cône s'emboîte dans un creux conique à l'intérieur du cylindre. Au point C se trouve un autre cône sur lequel s'emboîte la rondelle (fig. 4 .

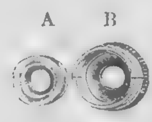


Fig. 4.

A. Rondelle en acier trempé.
B. Couvercle mobile et ajustable (voir fig. 2-B).



Fig. 5.
A-B. Coupe d'une fraise agrandie.

che glisse dans l'entaille de la fraise (fig. C. fig. 5 B). Cette fourche ne sert pas à fixer la fraise, mais c'est une bonne précaution pour l'empêcher de sortir de l'angle droit si accidentellement elle venait à se détacher de sa douille conique.

Pour enlever la fraise, on tire en arrière le ressort bleu (fig. 1 D-E), on appuie l'extrémité de la fraise qui dépasse en dehors (fig. 5 C. fig. 1 B) contre un objet dur, ce qui la fait sortir.

Au moins une fois par semaine l'angle droit doit être convenablement nettoyé ; pour cela les parties démontées doivent être trempées toute une nuit dans de la benzine ; avant le remontage il faut avoir soin de légèrement huiler les parties et de mettre de la vaseline dans l'intérieur de la capsule.

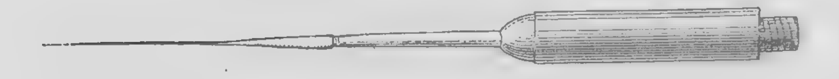
Un coup d'œil jeté sur les figures permettra de se renseigner mieux que ne pourrait le faire une plus élogieuse ou plus longue description.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

POINTE-CAUTÈRE POUR STÉRILISER LES DENTS MORTES

Par M. Oscar Amoedo,

Professeur à l'Ecole Odontotechnique



Cette pointe est indispensable pour la désinfection des canaux radiculaires des dents mortes. Elle est très utile aussi pour sécher ces canaux, et surtout pour détruire les filets nerveux qui restent au bout des canaux, après la désorganisation des vaisseaux et des tissus de la pulpe dentaire.

Elle est composée d'une pointe en platine pouvant s'adapter facilement sur le thermo-cautère du docteur Paquelin et sur celui de M. Paulme. Au bout de cette pointe est vissée une tige très fine en argent.

La chaleur du platine s'irradie à la tige d'argent sans la faire rougir, mais en quantité suffisante pour que celle-ci puisse détruire, en les carbonisant, toute matière organique et les germes avec lesquels elle est mise en contact.

Un isolateur en ivoire, se fixant à frottement à l'intérieur de l'isolateur du carburateur Paulme, protège le malade contre les brûlures, et cache à sa vue la partie de la pointe qui entre en incandescence.

Mode d'emploi. — On chauffe sur une flamme *la partie en platine*, en ayant soin de ne pas brûler la pointe en argent ; on fait marcher la soufflerie et on place l'isolateur.

La dent à stériliser doit être bien préparée et sèche, alors on introduit la pointe dans le canal le plus profondément possible, en lui imprimant des mouvements rapides de va-et-vient, selon la tolérance du malade.

Lorsqu'il s'agit d'une dent dont le canal a été infecté, il faut tâcher de dépasser l'apex avec la pointe chaude.

Une dent bien stérilisée ainsi peut être obturée définitivement dans la même séance et ne détermine jamais de périostite.

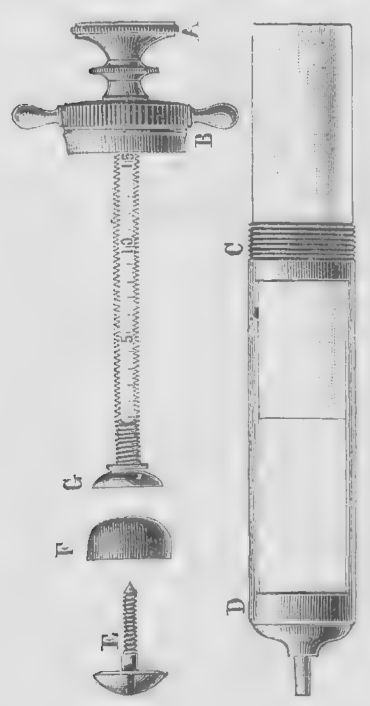
NOUVEAU MODÈLE DE SERINGUE STÉRILISABLE

A PISTON EXTENSIBLE SUPPORTANT 120 DEGRÉS

à la stérilisation sèche ou humide

Montage de la seringue et du piston

(Présenté par M. Rozembaum à la Société d'Odontologie de Paris.)



Passer la vis E dans le piston F, visser le tout dans la partie G (sans serrer à fond) ; introduire ensuite le piston dans le corps en verre de la seringue et visser très fortement la calotte B à la partie C de l'armature métallique, afin d'obtenir l'obturation absolue du cylindre. Ayant pratiqué ainsi qu'il est dit ci-dessus, le piston doit glisser très librement, c'est-à-dire se mouvoir de lui-même par le seul poids de sa tige. Pousser ensuite le piston au fond de la seringue et visser, en appuyant à l'aide de la poucette A, jusqu'à ce que, par la dilatation produite par le vissage, le piston vienne bien emplir le cylindre. Cette grande facilité de gonflement du piston permet d'arriver à faire glisser ce dernier doux ou dur à volonté.

Recommandations très importantes

1° Lors du montage, bien s'assurer que la rondelle de serrage placée à la partie D est indemne de toute encoche ou rebroussement qui empêcherait le joint parfait de la seringue. S'assurer aussi que la rondelle en amiante qui se trouve dans la calotte B n'est pas absente.

2° Après chaque opération, nous recommandons expressément de dégonfler le piston et de le débarrasser de tout corps gras avant de le remetire dans la boîte. A cet effet, nous recommandons de procéder à une bonne ébullition de toute la seringue.

3° Afin de faciliter le glissement plus doux du piston, on pourra (bien que ce ne soit pas indispensable) le graisser très légèrement avec de la vaseline ; mais, l'opération terminée, ne pas oublier de procéder à une bonne ébullition pour faire disparaître tout corps gras du piston.

NOUVELLES

Après un brillant concours, M. le Dr. M. Roy a été nommé professeur suppléant de Thérapeutique spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris.

Le Dr Harlan, secrétaire général du Congrès de Chicago et ex-président de l'American Dental Association était de passage à Paris fin août.

UNE PUBLICATION UTILE

Nous recevons le premier numéro de la *Bibliographie scientifique*, Bulletin trimestriel publie par l'Institut International de bibliographie scientifique fondé par le Dr Marcel Baudoin.

Cet institut comprend :

I. — *Bibliothèque scientifique circulante.*
II. — *Fiches Bibliographiques et Analytiques circulantes.*
III. — *Analyses scientifiques.*
IV. — *Traductions scientifiques.*
V. — *Renseignements bibliographiques.*

Tous les travailleurs seront heureux d'apprendre qu'il existe un vaste répertoire où ils pourront puiser. M. Baudoin en a dressé le plan avec un esprit de logique et de clarté qui en feront un recueil obligatoire pour toutes les bibliothèques scientifiques du monde entier ainsi que pour tous ceux qui ont besoin de documents exacts et complets sur une branche quelconque de savoir scientifique.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par suite d'une décision de M. Peyron, directeur de l'assistance publique, prise après avis favorable du préfet de la Seine, les étudiants inscrits à l'Ecole dentaire de Paris et à l'Ecole odontotechnique sont admis à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux moyennant une rétribution annuelle de 60 francs perçue pour chaque élève admis.

Les cours de l'Ecole dentaire de Paris recommenceront le lundi 4 novembre.

Des répétitions préparatoires aux trois examens d'État pour le grade de chirurgien-dentiste seront organisées un mois avant la session du 11 novembre prochain.

Des cours préparatoires au certificat d'études exigé des étudiants dentistes seront également ouverts si les inscriptions atteignent un nombre suffisant.

Les inscriptions pour ces divers cours sont reçues dès à présent au secrétariat de l'Ecole, 4, rue Turgot.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort subite de M. Morda, décédé dans sa 48e année. Membre bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris, membre fondateur du Cercle des dentistes, notre regretté confrère appartenait à cette petite phalange qui, vers 1880, voulait arracher notre profession à son inertie. Modeste et d'une grande aménité de caractère, Morda n'avait que des amis.

A ses obsèques M. Claser, membre du Conseil de direction de l'Association Générale des dentistes de France, représentait l'Association et l'Ecole; il lui a adressé un dernier adieu, en ces termes :

« Au nom de l'Association Générale des dentistes de France, au nom » de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, en l'absence de leurs » présidents éloignés de Paris, j'adresse un dernier adieu à Georges » Morda. Il fut un des fondateurs de cette institution, et son activité » son dévouement dans les fonctions de secrétaire qu'il occupa pendant » les premières années sont des gages de l'intérêt qu il portait à notre » œuvre de relèvement professionnel.

» Après avoir rempli ce devoir officiel, il m'en reste un plus pénible » encore, c'est l'ami de trente ans qui brusquement nous quitte qu'il me » faut pleurer. Adieu, Georges, adieu pour moi et pour les amis absents. »

VARIA

Parmi les auteurs les plus lus, Henri Lavedan s'est fait une place éminente, ses succès ne se comptent plus, les types qu'il met en présence dans ses dialogues sont si vivants qu'ils ne manquent pour être reconnus que d'avoir des noms propres.

Nos lecteurs s'égayeront beaucoup, pensons-nous, de la reproduction d'un des passages les plus spirituels que nous tirons d'un livre de cet auteur: LEUR BEAU PHYSIQUE [1].

LES DENTS

JULES CHALANDRY, 30 ans, mince et dandy.
BARON DE MOUSQUETTE, 40 ans, un homme superbe.
HENRI BRESSOL, 28 ans, genre fils de boursier.

(Tous trois assis au *Jardin de Paris*, dans ces grands sièges de paille où on est si bien. Ils regardent tourner le monde.)

CHALANDRY. — Voilà Louise des Epinettes.
BRESSOL. — Un Greuze !
CHALANDRY. — Berthe Mandarine.
BRESSOL. — Effectivement.
CHALANDRY. — Gabrielle Fontenoy.
BRESSOL. — Effectivement, c'est bien Gabrielle.
CHALANDRY. — Jeanne des Hespérides.
BRESSOL. — Oui. Un Greuze.
CHALANDRY. — Alice de la Saume.
BRESSOL. — Un Greuze encore.
CHALANDRY. — Tu nous bassines. Tu vois des Greuze partout.

1. En vente chez Ernest Kolb, 8, rue Saint-Joseph.

Bressol. — Effectivement. C'est un peintre que j'aime. Papa, dans sa galerie, en a une vingtaine. Il les a achetés pour un morceau de pain. Maintenant, ca vaut une fortune. Certainement, c'est papa qui a les plus beaux Greuze.

Chalandry, *montrant les demoiselles qui passent.* — Il n'a pas ceux-là.

Bressol. — Nous n'en savons rien. Il ne me raconte pas ses affaires (*se tournant vers Mousquette*). Eh bien ! vieille canaille, tu n'ouvres pas ton bec ? Quoi n'y a donc, hé ? Tu penses à des choses ?

Chalandry *à Bressol.* — Voilà cinq jours qu'il est comme ça, tu te rappelles ?

Bressol. — Cinq jours effectivement.

Chalandry. — Il se plaint ; il dit qu'il est malade.

Bressol. — Oui. (*A Mousquette*). En cas, soigne-toi, ma cocotte, va chez le médecin. Veux-tu que je t'en indique un bon ?

Mousquette. — (*Il fait signe que non, que ce n'est pas la peine.*)

Bressol. — Des signes ! Tu ne peux donc pas parler ?

Mousquette. — (*Il fait signe que si.*)

Chalandry. — Eh bien, alors, lance-toi. Profère un son.

Mousquette. — Oh ! que vous me fatiguez et que vous êtes embêtants !

Bressol. — Gentil ! Très gentil. Tout à fait gentil !

Chalandry *à Mousquette.* — Enfin, qu'est-ce que tu as, voyons ?

Mousquette, *avec effort et d'une petite voix dolente.* — Je ne vais pas. Vous vous souvenez, tous ces temps-ci, comme j'étais drôle.

Bressol. — Détrompe-toi, tu n'étais pas drôle. Ah ! mais non !

Mousquette. — Je veux dire étrange, bizarre. Je souffrais. Ça me tirait partout dans la tête, et j'aime pas ça.

Chalandry. — Tu nous as même déclaré : « Si cette plaisanterie continue, je ne la supporterai pas longtemps, je me ficherai un coup de revolver ! »

Mousquette. — Je l'aurais fait. Cependant hier, je n'y tenais plus, tellement ça m'élançait...

Bressol. — Dans la tête !

Mousquette. — Toujours dans la tête, le front, la mâchoire, partout enfin. Ma foi, j'ai été chez un médecin.

Chalandry. — T'a-t-il guéri ?

Mousquette. — Non. Comme tu y vas ! Mais il m'a dit ce que j'avais. Ces gens-là sont épatants, mon cher. Il m'a collé du premier coup mon genre de mal. Ah ! il ne me l'a pas mâché.

Bressol. — Raconte vite.

Chalandry. — Nous fais pas languir.

Mousquette. — Il m'a dit : « Vous avez mal aux dents. Pas autre chose. »

Bressol. — Allons donc ?

Mousquette. — Moi, je ne m'en doutais pas, j'en étais à cent lieues. Ça été une révélation. N'y a qu'une chose qui me rend malheureux dans tout ça.

Bressol. — Quoi encore ?

Mousquette. — C'est que je continue de souffrir.

Chalandry. — Même après qu'il t'a renseigné ?

Mousquette. — Même après.

Bressol. — C'est curieux. Qu'est-ce que tu comptes faire ?

Mousquette. — Je me le demande.

Chalandry. — Faut te la faire arracher. Pas d'autre système.

Mousquette. — Pour que j'aie ensuite un trou qui saigne ! Merci.

Chalandry. — Tu le boucheras.

Mousquette. — Avec quoi ?

Bressol. — Avec ce que tu voudras. Tu te feras planter une dent postiche.

Mousquette. — Jamais de la vie. Pas de ça, Lisette.

Bressol. — Tu dis que c'est une du fond ?

Mousquette. — Oui, une grosse.

Chalandry. — Elle est gâtée ?

Mouquette. — Je n'en sais rien, je ne suis pas dedans.

Bressol. — Qu'est-ce que tu ressens ?

Mousquette. — Quand j'appuie dessus, je la sens longue, et puis molle comme si elle était en beurre.

Chalandry. — C'est qu'elle est gâtée !

Bressol. — Pas sûr. Ça pourrait très bien être aussi un petit abcès qui s'amuse à la racine. Si elle est gâtée, elle peut encore être arrangée ; mais si c'est un abcès, il n'y a rien à espérer.

Chalandry. — Rien. Tant que tu ne l'auras pas fait sauter, tu souffriras, tu te tordras.

Mousquette. — Vous êtes gais. Mais heureusement qu'il y a un autre moyen.

Bressol. — Quel ?

Mousquette. — C'est de se faire brûler le nerf. Plus de nerf, plus de douleur.

Chalandry. — Oui, mais si tu supprimes le nerf, le petit nerf qui nourrit la dent, qui lui communique le suc, elle dépérit, ta dent, penche la tête, fiche le camp au grand galop, et puis, un beau matin, elle devient bleue et elle te claque dans la bouche comme un verre mousseline.

Mousquette. — J'aime encore mieux ça que de souffrir.

Bressol. — Finalement, qu'est-ce que tu fais pour cette dent ?

Mousquette. — Je vais, depuis trois jours, chez un dentiste.

Bressol. — Et qu'est-ce qu'il bricole, ton grand dentiste, une fois que tu es seul avec lui ?

Mousquette. — Il me panse.

Bressol. — Je connais. Il trempe un coton dans une petite bouteille qui pue, et puis il te fourre ça dans la cavité. Mais en dehors de ça, il te renseigne sur ton mal, il te dit quelque chose ?

Mousquette. — Je crois bien !

Chalandry. — Qu'est-ce qu'il te dit ?

Mousquette. — Revenez demain.

Bressol. — Et tu reviens !

Mousquette. — Je reviens.

BRESSOL. — Naïf!

MOUSQUETTE. — C'est très joli, naïf! Mais je voudrais vous voir à ma place.

BRESSOL. — A ta place, nous aurions plus de courage que toi.

CHALANDRY. — Le fait est que, comme énergie, tu n'es pas très brillant. On prend son courage à son cou, que diable! On vole chez le dentiste, on lui dit : « Otez-moi ça, vite! » Et puis après, c'est fini, tu es débarrassé.

BRESSOL. — Tu souris, tu te promènes joyeux, le cigare à la bouche, en faisant des moulinets avec ta canne.

MOUSQUETTE. — Oui, oui, allez, allez! Seulement, il y a la petite formalité que vous passez sous silence. Il y a le moment où on est assis dans le sacré voltaire mécanique, et où le monsieur arrive tout près de vous avec sa main derrière le dos, comme s'il vous cachait un petit Noël, sa main qui tient son davier, la clef, le tire-bouchon entouré d'un linge. Nom d'un bonhomme! Tenez, parlons d'autre chose, parce que ça me fait froid dans le nombril.

BRESSOL. — Tu n'as pas honte?

CHALANDRY. — Un grand garçon comme toi, taillé en hercule!

MOUSQUETTE. — En dehors des dents, tout ce qu'on voudra! Je suis très courageux pour un tas d'affaires. Dès qu'il s'agit des dents, va t'asseoir, n'y a plus personne.

BRESSOL. — Tu ne peux pourtant pas vivre sans dents. Faut t'entendre avec elles.

MOUSQUETTE. — Hélas! En voilà une stupide chose que je n'ai pas encore comprise et que je ne cesserai jamais de reprocher à celui qui nous a créés. C'était si simple de nous faire des dents insensibles! Il n'y a pas pensé.

CHALANDRY. — Et quel dommage que tu ne te sois pas trouvé là! Tu le lui aurais dit.

MOUSQUETTE. — Plutôt deux fois qu'une! Non! mais à quoi bon souffrir des dents? Nous ne souffrons pas des ongles, ni des cheveux... Pourquoi faut-il alors que ces petits morceaux d'os nous fassent un mal de chien? Ah! ils sont là une tapée de savants qui se décarcassent la cervelle à chercher le remède à de grandes maladies, le cancer, la tuberculose, est-ce que je sais? Ils feraient fichtre mieux de s'attaquer au mal de dents. Pasteur, ce qu'il a déniché rapport à la rage, évidemment c'est très gentil. On l'honore pour ça, je n'y mets pas d'obstacle. Mais, dans le fond, ça me fait un beau gras de jambe, à moi, Mousquette! A quoi ça me sert son virus rabique? Est-ce que je peux me l'appliquer sur ma dent? Non. Eh bien alors? Et puis, sacrelotte, tout le monde n'est pas mordu, tandis que tout le monde a mal aux dents, sans exception. Aussi, je répète que celui qui trouverait la guérison de ça, on devrait se mettre à genoux devant lui, et lui donner tout ce qu'il demanderait. Ça serait aussi épatant que de nous rendre l'Alsace et la Lorraine. Voilà mon avis. Et puis, bon sang, que ça me fait du mal!

CHALANDRY. — Pauvre vieux! Je te plains tout de même.

BRESSOL, *à Mousquette.* — Veux-tu que je t'indique une recette excellente pour ne presque jamais souffrir des dents?

MOUSQUETTE. — Indique. Ah! indique.

BRESSOL. — C'est la vieille marquise de Vierzon qui me l'a donnée peu de temps avant de mourir. Tous les matins, elle se lavait la bouche avec de l'eau dans laquelle elle avait mis un morceau de camphre.

CHALANDRY. — Je l'ai connue; le fait est qu'elle avait des dents magnifiques.

BRESSOL. — Parbleu! c'était un râtelier.

MOUSQUETTE. — Gros malin. Je suis bien bon, encore, de t'écouter. Tu me vois fou... et puis tu te payes ma tête. C'est pas d'un ami. Non.

BRESSOL. — Pardonne. On voulait t'égayer. Tu souffres toujours?

MOUSQUETTE. — Oh! oui. Toutes me font chanter en ce moment. Toutes.

BRESSOL. — Combien en as-tu?

MOUSQUETTE. — Vingt-neuf.

BRESSOL. — Je connais quelqu'un qui en a trente-trois.

CHALANDRY, *à Mousquette.* — Hein? qu'est-ce que tu dirais, si tu en avais trente-trois?

MOUSQUETTE. — Le ciel m'en préserve! Mais ça n'est pas possible, c'est encore une blague?

CHALANDRY. — Pas du tout. Et il y a plus fort que ça. Tu as bien entendu parler des Touaregs, qui ont été amenés dernièrement en France?

MOUSQUETTE. — Oui, les Touar... Dieu que je souffre!

CHALANDRY. — Eh bien! Ils avaient six doigts à chaque main.

BRESSOL, *à Chalandry.* — Hein! vois-tu le coup, si on leur apprenait le piano!

CHALANDRY. — Ils joueraient tout ce qu'on voudrait. Mince d'arpèges!

BRESSOL, *à Chalandry.* — Lequel préférerais-tu : d'avoir trente-trois dents, ou bien six doigts?

CHALANDRY. — Je suis bien embarrassé. Les deux sont très épatants.

BRESSOL — Effectivement. Néanmoins, je pencherais peut-être pour les doigts, parce que ça, six doigts, n'y a pas à dire, c'est chic. On n'est pas tout le monde.

MOUSQUETTE. — Moi, j'aimerais mieux ne plus avoir une seule dent. Rien que des gencives, et puis c'est tout.

CHALANDRY. — Tu n'arrêtes pas de souffrir?

MOUSQUETTE. — Oui.

CHALANDRY. — Regarde les femmes, ça va te distraire. Voilà Louise des Epinettes.

BRESSOL. — Un Greuze.

CHALANDRY. — Berthe Mandarine.

BRESSOL. — Effectivement.

CHALANDRY. — Gabrielle Fontenoy.

BRESSOL. — Encore un Greuze.

....

.... *(Et ainsi de suite.)*

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez MM. Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER de suite cabinet anglais, pour cause de changement de situation, dans une ville de 40.000 habitants, faisant 20.000 fr. d'affaires par an. On traiterait pour 10.000 fr. — S'adresser au Journal sous les initiales N. E. W.

CABINET DENTAIRE 1er ordre, à vendre, grande ville du Midi, chiffre d'affaires depuis cinq ans : 186.000 fr., justifiées (moyenne 37.000 par an). Prix demandé 74.000 francs, excellente occasion pour docteur en médecine ayant capital et bon opérateur. S'adresser au bureau du journal, aux initiales B. G.

CABINET A CÉDER dans sous-préfecture de l'Aube, seul, 5,000 francs d'affaires, loyer 500 francs. 7 pièces et dépendances, cour et jardin. Prix très avantageux. Rien comptant. S'adresser au journal.

A CÉDER IMMÉDIATEMENT, dans une grande ville du Midi, le cabinet d'un dentiste américain, ayant fait pendant les années 1892, 1893 et 1894, 35.000 francs d'affaires prouvées (Moyenne par année : 11 à 12.000 francs). On céderait pour 4.000 francs comptant, et pour ce prix on laisserait l'installation complète du salon et du cabinet — S'adresser à M. Loubières, chirurgien-dentiste, à Tarascon (Bouches-du-Rhône).

ON DEMANDE un opérateur connaissant la prothèse, diplômé ou patenté ; s'adresser au bureau du journal C. E.

DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, demande situation Paris ou province. Reprendrait aussi bon cabinet. S'adresser bureau du journal initiales D. G. 8.

A REPRENDRE dans une ville de l'Est, un cabinet faisant 18,000 francs d'affaires. Affaire sérieuse. S'adresser chez MM. Reymond frères, 44, Place de la République, Lyon.

ÇABINET A CÉDER pour cause de santé, dans ville de Préfecture, grande maison avec jardin (*loyer très avantageux*), beau chiffre d'affaires. On céderait pour 4.000 francs comptant. S'adresser au bureau du journal sous les initiales V. Q.

POUR CAUSE DE DÉPART à l'étranger, on céderait pour le prix de l'installation, joli cabinet de chirurgien-dentiste au centre de Paris. S'adresser chez M. Guillois, fournisseur, rue Richer.

A CÉDER, pour cause de santé, dans l'Ouest, un cabinet dentaire existant depuis vingt ans. Recette annuelle des dix dernières années de 20 à 25.000 francs. S'adresser à M. F. Jean, rue Tronchet, 32.

UN MÉCANICIEN, travaillant bien le métal, demande place Paris ou province. Bureau du journal, L. H.

A CÉDER, pour cause de santé, un cabinet en province, dans l'Est. Joli pays, bien placé. Affaires 15 à 18.000 fr. par an. On traiterait pour 1000 fr. S'adresser au journal, initiales E. O.

DENTISTE D. D. S., patenté en France, ayant été premier opérateur dans un des grands cabinets de Paris, cherche à devenir associé ou acquéreur d'une bonne maison à Paris. S'adresser à M. C. Cornelsen, rue Saint-Marc, 16, Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Treizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'un école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuelement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ✪, Président-Directeur.

G. Viau, ❦, Vice-Président.
Francis Jean, ❦, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier. Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ❦, Président-Directeur.
P. Poinsot, ❦. —

A. Aubeau, ✪. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ❋ ✪.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, ✪, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ✪, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ✪, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ❦, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ✪, Dr en médecine.
P. Poinsot, ✪, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ❦, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ❦, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ✪, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ❦, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ✪, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Roy.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ✪, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE ✪. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, JOSEF — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations: D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

15e ANNÉE. SEPTEMBRE 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. N° 9.



L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Session de Bordeaux 1895.

QUESTION POSÉE :

NOUVELLES MÉTHODES ET APPAREILS DE REDRESSEMENT

RAPPORT de P. MARTINIER

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,
Vice-président de la Société d'Odontologie de Paris.

Messieurs,

La Commission d'initiative, en me faisant l'honneur de me nommer rapporteur de la question mise à l'ordre du jour des travaux du Congrès sur le redressement des dents, m'a chargé d'une bien lourde tâche, car,en me confiant ce rapport,elle m'a donné comme but de rappeler devant le Congrès les divers moyens de correction des irrégularités dentaires employés jusqu'à ce jour. Je vais donc essayer de retracer brièvement devant vous les diverses phases par lesquelles a passé l'orthopédie dentaire, et examiner la plupart des appareils et opérations aussi ingénieux que variés que nos prédécesseurs et nos contemporains ont imaginés et tentés.

Les anomalies dentaires, susceptibles d'être corrigées soit par opération, soit par application d'appareils orthopédiques, comprennent :

1° Les anomalies de direction, qui sont de quatre sortes :

Par antéversion : projection d'une ou de plusieurs dents en dehors de l'arcade dentaire.

Par rétroversion : projection d'une ou de plusieurs dents en arrière de l'arcade dentaire.

Par latéroversion : inclinaison d'une dent qui paraît régulièrement plantée d'un côté ou de l'autre, généralement du côté de la ligne médiane.

Par rotation sur l'axe : pivotement de la dent sur son axe à des degrés divers.

2° Les anomalies des maxillaires, qui comprennent :

A. L'atrésie des maxillaires ;

B. Les rapports anormaux des arcades dentaires réciproquement.

Le redressement des dents doit avoir pour but de modifier, de régulariser d'une manière définitive la déviation contre laquelle il est employé.

L'orthopédie dentaire a été pratiquée depuis les temps les plus anciens, et cependant ce n'est qu'au commencement de ce siècle que divers auteurs ont décrit les appareils mis en usage pour arriver à ce résultat. Depuis, cet art a pris une importance considérable qui s'explique par les conséquences malheureuses des irrégularités dentaires.

Indépendamment de l'altération de la physionomie, il peut exister en effet une gêne dans la prononciation, de la difficulté dans la mastication.

La fréquence de plus en plus grande de ces irrégularités doit appeler tout particulièrement notre attention. Il en est de même des végétations adénoïdes, que l'on rencontre presque toujours parallèlement à l'atrésie du maxillaire supérieur, et qui nécessitent, indépendamment de notre intervention, celle des rhinologistes pour établir, s'il y a lieu, un traitement conjointement avec le nôtre.

Enfin, ces irrégularités créent une prédisposition à la carie, un milieu favorable aux microbes par le réceptacle qu'elles offrent aux détritus alimentaires.

Mais il faut reconnaître que, en même temps qu'une des branches les plus intéressantes de notre art, c'est une des plus difficultueuses et une des plus ingrates à la fois.

La responsabilité du dentiste qui entreprend le redressement des dents d'un enfant est grande. Il doit, s'il l'accepte, proscrire avant tout les sacrifices inutiles et combiner avec soin les moyens et les appareils qu'il compte employer et faire agir. Il sera obligé, pour mener à bien sa tâche, de surmonter les appréhensions des parents pour toutes les opérations qu'il doit faire subir à leurs enfants et de vaincre la frayeur et même la mauvaise volonté des enfants eux-mêmes, incapables de comprendre tout le bien qu'ils pourront en retirer dans l'avenir.

L'orthopédie dentaire a fait, depuis cinquante ans, l'objet de nombreuses discussions.

Parmi les questions qui ont été discutées, nous citerons :

1° *L'âge auquel il convient de commencer le redressement.* Est-il préférable d'intervenir dès le début de la dentition permanente ou doit-on attendre l'éruption des molaires de 12 ans qui termine cette période, pour commencer la régularisation ?

On est actuellement à peu près d'accord pour n'intervenir dès le début que lorsque la déviation d'une ou de deux dents constitue un vice d'articulation.

Il est alors avantageux de corriger en quelques jours une irrégularité qui peut en amener d'autres et qu'il est facile de faire disparaître rapidement. Mais, dans tous les autres cas, il faut différer la correction jusqu'à ce que l'arcade ait acquis la dimension normale, car bien des anomalies légères pourront se régulariser d'elles-mêmes.

2° *La possibilité de remédier aux irrégularités des arcades dentaires, liées aux anomalies dentaires.*

Affirmée depuis longtemps par un dentiste français et soutenue par la suite avec preuves à l'appui par nombre de praticiens distingués, la correction des anomalies des arcades dentaires est passée dans le domaine de la vulgarisation, et les appareils imaginés pour y remédier sont non seulement nombreux, mais très perfectionnés.

Cependant de très savants confrères contestaient encore, il y a quelques jours, leur action bienfaisante, ce qui équivaut à nier l'évidence.

3° *La physiologie du redresssement des dents et des arcades dentaires.*

A la théorie de la physiologie du redressement est liée la question des forces à employer. Certains auteurs se servent exclusivement des appareils construits avec des forces agissant par intermittence et basés sur ce principe de physiologie qu'il est nécessaire qu'une période de repos succède à une période de travail.

D'autres, au contraire, préconisent les forces agissantes continues, comme le caoutchouc, en affirmant qu'elles provoquent une ostéite plastique simple avec ostéogenèse durable[1].

4° *Le choix des dents sur lesquelles doit s'arrêter le praticien, lorsqu'il a jugé indispensable l'extraction d'une ou de plusieurs dents.*

Ce choix a donné lieu à une discussion très intéressante.

Si, d'une manière générale, les auteurs sont à peu près unanimes, lorsqu'il s'agit de dents saines, à conseiller l'avulsion de certaines dents, principalement de la première prémolaire qui, dans la plupart des cas, est plus proche des dents à redresser et permet de créer l'espace nécessaire à leur arrangement, par contre, ils ne le sont plus quand il s'agit de la molaire de 6 ans.

Magitot, Tomes, Harris et Austen se sont prononcés pour l'extraction de cette molaire. Andrieu en était non seulement partisan, mais il en faisait presque un principe ; de leur côté, MM. P. Dubois, Shepard, Davenport, le Dr Maurice Roy et Francis Jean se sont élevés avec force contre sa suppression.

Cela se conçoit du reste aisément et nous comprenons tous l'importance de cette dent sur laquelle repose l'articulation de toutes les autres dents permanentes et de laquelle dépend, dans bien des cas, la régularité même de leur arrangement. Quoi qu'il en soit, un fait demeure acquis, c'est la contre-indication presque absolue de l'extraction des dents antérieures pour le maxillaire supérieur, extraction qui était généralement admise autrefois, et l'opinion émise par M. le Dr Magitot, qui, au mot *dent* du *Dictionnaire encyclopédique*, conseille *l'extraction de la canine dans le cas où celle-ci ne peut trouver sa place, par suite d'évolution tardive*[2], est définitivement abandonnée.

A côté de ces discussions touchant la partie théorique du redressement, si je puis m'exprimer ainsi, il s'en ouvrait d'autres sur les appareils.

---

1. Dr Gaillard, *Déviations des arcades dentaires.*
2. *Dictionnaire encyclopédique* ; mot Dent, p. 158.

Doit-on faire usage d'appareils nombreux ou un seul système peut-il suffire dans tous les cas?

Certains auteurs, parmi lesquels le Dr Gaillard et le Dr Farrar, peuvent se ranger dans la catégorie des exclusivistes.

Les appareils doivent-ils être amovibles ou inamovibles?

La force employée doit-elle être continue ou intermittente?

Aucune de ces questions n'est résolue à l'heure actuelle; mais je crois que la majorité des dentistes admet ce principe, qu'en fait de redressement il n'y a pas de règle absolue pour appliquer tel ou tel système, telle ou telle force, mais divers moyens dont on doit se servir suivant les cas qui peuvent se présenter et, dans la plupart, la combinaison de ces moyens nous donnera le meilleur résultat.

Forces agissantes.

1° *Les coins.* Force intermittente.

Leur première application remonte aux appareils les plus anciens. Ils peuvent être en bois comprimé, en caoutchouc vulcanisé ou enfin en laminaire, substance qui offre sur les deux précédentes une supériorité d'expansion incontestable.

Agissant par expansion, ces substances produisent une pression sur les dents à redresser. Les coins ont été beaucoup employés, mais leur usage s'est considérablement restreint à cause de la lenteur de leur action et de leur facilité à imprégner des détritus buccaux qui peuvent être nuisibles aux dents contre lesquelles ils sont appliqués. Ils ont donné cependant d'assez bons résultats dans les cas simples d'incisives atteintes de rétroversion.

2° *Les vis.* Force intermittente.

Ce fut, je crois, le Dr William Dwinelle qui se servit le premier des vis. Elles ont été beaucoup modifiées depuis. Elles peuvent être construites en or, en platine, en acier. Jack a perfectionné cet excellent moyen de réduction, que l'on peut employer dans presque tous les cas lorsque la résistance est considérable et particulièrement pour la rotation sur l'axe. Il a construit une série de vis de différentes formes, que l'on peut fixer soit sur les dents naturelles, soit sur une plaque-base.

On les a employées non seulement comme force agissant sur la dent à déplacer, mais encore comme moyen de rétention de l'appareil.

Les vis à écrou peuvent aussi servir de rappel en arrière pour les dents.

Le Dr Farrar se sert exclusivement de la vis dans ses diverses formes pour tous les cas.

Les vis ont été également utilisées dans plusieurs appareils dits *extenseurs*, destinés à remédier à l'atrésie des maxillaires.

3° *Leviers ou ressorts.* Force continue.

Les leviers peuvent être fabriqués en or recroui et platine, ou en or platiné par la combinaison de ces deux métaux. Leur forme, leur force et leur longueur doivent être calculées d'après les mou-

vements à produire et la force de résistance qu'on peut s'attendre à éprouver.

Coffin a introduit en prothèse orthopédique l'acier bien trempé, notamment celui qui sert à confectionner les fils de piano. Ce moyen donne les meilleurs résultats au point de vue de la force et de l'élasticité. Le fil doit toujours être employé sans être recuit, autrement on le détremperait et il ne donnerait pas d'aussi bons résultats ; par conséquent il ne doit jamais être soudé à un appareil en métal.

L'action des ressorts s'applique à la plupart des mouvements à obtenir, mais surtout pour la rotation sur l'axe. Ils agissent en vertu de l'élasticité métallique qu'ils produisent. On peut les aider en les combinant avec des ligatures, des bandes ou des anneaux élastiques.

Les ressorts sont également employés dans plusieurs appareils extenseurs.

4° *Ligatures* et *anneaux élastiques*. Force continue.

La ligature a été la première force agissante employée. On y a recours sous la forme de fils de soie, de lin ou de coton, mais surtout de soie. Elle est souvent combinée avec les anneaux élastiques et est utilisée plus particulièrement dans les cas simples et pour les dents dont le déplacement est léger.

Les anneaux élastiques s'emploient :

1° Sous forme d'anneaux plats découpés dans des tubes de caoutchouc d'une épaisseur variable.

2° Sous forme de fils de caoutchouc carrés.

Ces diverses sortes de caoutchouc ne doivent être employées dans la bouche qu'avec le concours d'un appareil sur lequel ils prennent leur point d'appui, car, pour ce système, « *un point d'attache fixe à une base fixe elle-même* » est une condition essentielle.

Sans cette précaution les cercles élastiques, à cause de la forme de la dent, de sa surface polie, glissante, et en vertu de leur élasticité, remonteraient au-dessus du collet, vers le sommet de la racine, déterminant une inflammation très vive qui pourrait amener des complications redoutables pour la dent.

Les anneaux élastiques agissent comme moyen de traction. On obtient d'excellents résultats de leur emploi en les combinant avec la bande Magill, qui les empêche de toucher un point quelconque de la muqueuse, et qui permet leur renouvellement facile sans qu'on soit forcé de retirer l'appareil.

Quelle que soit la méthode employée, c'est toujours une ou plusieurs de ces forces que l'on fera agir dans les appareils.

Etude des appareils.

On peut diviser les appareils orthopédiques en deux grandes classes :

Les appareils à plaques ;

Les appareils fixés aux dents naturelles dans lesquels la plaque est supprimée.

Les uns et les autres trouvent leur application. Nous empruntons à P. Dubois [1] les conditions à remplir par les appareils de redressement. Ces appareils doivent :

« 1° S'adapter exactement à la gencive et aux dents sans les léser, donc ne pas provoquer d'usure, de fracture de l'émail, de périostite et de gingivite ;

» 2° Etre fixés solidement de manière à assurer un point d'appui suffisant aux forces orthopédiques ;

» 3° Agir sur les points voulus d'une façon lentement progressive et sans saccades ;

» 4° Etre de nettoyage facile dans toutes leurs parties.

» La force doit être aussi directe qu'il est possible, se rapprocher comme direction du grand axe de la dent, ne s'exercer que quand une place suffisante a été faite. »

L'empreinte doit toujours être complète et être prise au plâtre, de préférence aux substances plastiques.

Une fois le redressement achevé, on confectionne un appareil dit de *maintien*, destiné à combattre toute tendance des dents régularisées à reprendre leur position vicieuse. Cet appareil sera d'autant plus important, s'il s'adresse à des anomalies de direction par rotation sur l'axe, car cette déviation est non seulement la plus difficile à corriger, mais encore demande beaucoup de surveillance pour être maintenue après sa réduction. Il sera porté pendant un laps de temps correspondant à l'âge du sujet, à la durée du traitement et à l'irrégularité traitée.

D'une façon générale, on le laisse constamment pendant une première période, puis on le garde la nuit seulement, pour arriver progressivement à le supprimer.

L'articulation devra être vérifiée attentivement, afin de s'assurer qu'aucun contact ne peut compromettre le résultat acquis.

Avant de passer en revue les appareils divisés, ainsi que je l'ai fait, en appareils avec plaque et appareils sans plaque, je dois vous dire quelques mots d'un appareil qui ne rentre dans aucune de ces deux catégories et qui est encore en usage chez quelques praticiens : je veux parler du plan incliné.

Plan incliné.

Cet appareil s'applique sur le maxillaire opposé aux dents à redresser et s'emploie surtout dans les cas d'anomalies de direction par rétroversion des incisives et canines supérieures, quelquefois même pour la torsion de ces dents. Son origine remonte à 1826 ; il a été imaginé par Catalan ; son emploi dans les cas simples a été considérable. Il a survécu à cette longue période et il a rencontré

1. P. Dubois, *Affections dentaires et affections de la cavité buccale et des maxillaires*. Paris, 1894, p. 50.

un grand nombre de partisans convaincus de sa valeur. Magitot, entre autres, tout dernièrement encore signalait sa *merveilleuse action.* Mais cette opinion est peut-être exagérée, car on lui trouve de nombreux inconvénients : d'abord la nécessité de l'enlever pour pouvoir mastiquer et la négligence que les enfants apportent à le remettre, ce qui fait durer le travail un temps infini, car les dents reprennent immédiatement leur mauvaise place ; ensuite sa rétention difficile et enfin son volume considérable qui, au point de vue de la dissimulation, est d'un effet déplorable.

La rétention, au moyen de ciment, de l'appareil en métal, dont les dimensions ont été très réduites, l'obligation par ce scellement du port continuel de l'appareil pendant une durée considérablement diminuée sont autant de progrès notables.

Malgré cela, cet appareil a encore de nombreux adversaires qui lui reprochent de nuire à la mastication et surtout d'ébranler par chocs successifs les dents à redresser, chocs parfois assez violents pour amener des complications pathologiques du côté du périoste et même des accidents éloignés du côté de la pulpe.

Nous croyons que son emploi doit être restreint à quelques cas très simples, chez des sujets n'ayant pas dépassé la douzième année. Il peut être utilement combiné pendant quelques jours avec un appareil plus perfectionné et, en tous cas, nous trouverions des inconvénients évidents au port de cet appareil pendant plus de dix jours.

Appareils à plaque.

On entend par appareils à plaque ceux dans la confection desquels une plaque ou base sert de point d'appui ou d'attache à la force agissante.

Les appareils à plaque remontent à une date assez ancienne.

Les métaux, or, platine, argent, ont été longtemps uniquement employés ; puis l'hippopotame, le caoutchouc vulcanisé, l'aluminium coulé et le celluloïd ont été mis à contribution pour leur confection.

L'usage des appareils à plaque a été presque généralisé pendant fort longtemps et s'explique aisément pour beaucoup de motifs.

Ils permettent en effet d'utiliser et d'appliquer toutes les forces employées jusqu'à ce jour.

Leur qualité dominante doit être leur force de résistance, parce qu'ils s'appuient sur un nombre considérable de dents, ce qui permet d'agir sans crainte sur les dents à redresser, quelle qu'en soit la résistance.

On reproche aux appareils à plaque la difficulté du nettoyage, surtout dans le cas où ils sont appliqués concurremment avec les anneaux élastiques, et si le patient ne doit pas retirer lui-même son appareil.

On comprend fort bien que l'accumulation sous la plaque des détritus buccaux que contient la salive pendant un certain temps

puisse amener des désordres assez étendus du côté des muqueuses et des dents.

On reproche encore à ces appareils les fréquentes visites chez le dentiste que nécessitent les modifications exigées par le travail de redressement.

Les métaux auxquels on a le plus souvent recours sont l'or et le latine ; le caoutchouc vulcanisé est leur rival.

Des opinions différentes ont été émises pour le choix de la matière.

Les plaques en métal sont de nettoyage plus facile, plus minutieux et ne se laissent pas pénétrer par les détritus buccaux, parce qu'elles ne sont pas poreuses comme le caoutchouc. Elles irritent moins la muqueuse sur laquelle elles s'appuient ; elles occasionnent moins de gêne au patient, étant moins volumineuses, et se dissimulent plus facilement ; mais elles ont l'inconvénient de nécessiter des attaches pour leur rétention : fils métalliques ou crochets qui peuvent être nuisibles aux dents.

Le caoutchouc vulcanisé est une admirable matière pour les appareils de redressement, en raison de sa facilité d'adaptation sur les parties molles et dures de la bouche, de son ajustement, qui peut être parfait et lui permet de tenir sans le secours d'autres moyens de rétention, enfin de la grande simplicité de sa manipulation qui rend loisibles d'importantes modifications aux appareils construits avec cette matière.

Le caoutchouc a, en outre, l'avantage de servir d'excellent moyen de rétention aux ressorts en fil de piano qui ne peuvent pas être soudés et qui sont devenus d'usage courant, parce qu'ils donnent en général d'excellents résultats.

Enfin, point important duquel dépend le succès rapide et certain d'une grande quantité de redressements, la plaque de vulcanite assure la possibilité de rehausser l'articulation, sans pour cela nuire à la mastication.

Je désire insister sur cette question capitale dans bien des cas, le rehaussement de l'articulation.

Fox, en 1803, entrevoyait déjà la possibilité de relever l'articulation pour repousser les dents en arrière. Depuis, des tentatives ont été faites à cet égard avec plusieurs moyens dont le premier a été la plaque en caoutchouc avec gouttière articulée recouvrant les molaires.

Ensuite sont venues les coiffes métalliques qui, dans certains cas, permettent de supprimer les plaques. Plusieurs de nos confrères ayant une grande pratique du redressement ont défendu cette thèse que le fait même de relever l'articulation, pour certaines irrégularités, suffisait à lui seul pour assurer un résultat complet.

Sans aller aussi loin, nous pouvons constater que c'est une condition indispensable de succès pour un grand nombre de cas. Aussi le procédé est-il mis à profit et est-il devenu, pour beaucoup de praticiens, le premier temps de l'opération.

C'est, du reste, lui qui permet l'application de bien des méthodes et l'extension des arcades dentaires n'est souvent possible qu'avec

son concours. Il en est de même pour la correction du prognathisme de l'un ou de l'autre des maxillaires, surtout s'il est accompagné, pour le maxillaire supérieur, du manque de hauteur des grosses molaires. Mais, dans ce dernier cas, les capuchons seraient appliqués sur les prémolaires.

Il existe enfin un appareil basé sur le désengrènement de l'articulation et qui a pour but le déplacement progressif des dents du maxillaire inférieur, soit en avant, soit en arrière, de façon à leur faire gagner l'espace d'une dent. La force employée doit porter sur toutes les faces triturantes à la fois.

Il consiste en une plaque de caoutchouc vulcanisé recouvrant la surface triturante des molaires du maxillaire supérieur et articulée avec les dents antagonistes, de telle sorte que, lors de la rencontre des arcades dentaires, les dents du bas viennent frapper sur une série de petits plans inclinés les poussant peu à peu dans la direction voulue.

L'appareil peut ainsi les déplacer jusqu'à environ un demi-espace dentaire. Un appareil semblable, combiné sur le même principe, achèvera de leur faire parcourir la distance nécessaire.

Le cadre de ce rapport ne permet pas d'entreprendre la description et l'étude des appareils à plaque. Je le répète, les plaques, et surtout celles de caoutchouc, permettent un nombre tellement considérable de combinaisons que je dois me contenter de vous citer hâtivement les appareils les plus employés. Parmi ceux-ci, le plus simple est sans contredit celui qui est composé d'une plaque de vulcanite s'adaptant exactement à la face linguale des dents et qui, à l'aide de chevilles, sert à pousser en avant les dents en rétroversion.

Si la rétroversion est assez accentuée pour qu'il y ait vice d'articulation, on recouvrira les molaires avec des capuchons de même substance, afin de permettre aux dents irrégulières de passer sans être gênées par les dents de rencontre.

Puis vient l'appareil le plus souvent décrit, dit à *double bandeau.*

Il est constitué par une plaque de vulcanite recouvrant une partie importante de la voûte palatine et s'étendant jusqu'aux dernières molaires, qu'elle entoure ou qu'elle recouvre, selon que l'articulation a besoin ou non d'être rehaussée. Ce sont les molaires qui constituent le point de résistance de l'appareil. La partie antéro-interne de la plaque, qui s'adapte aux dents rendues libres, forme le bandeau interne, puisqu'il est situé derrière l'arcade dentaire. Le bandeau externe contourne entièrement la face labiale et jugale des dents. Ce dernier bandeau peut être en caoutchouc, comme la plaque, ou en métal : platine, or, argent. La force exercée sur les dents peut être la pression (coins ou vis) ou la traction (caoutchouc, élastiques, ligatures).

Il peut servir à redresser toutes lès anomalies de direction. Toutefois, si l'on veut s'attaquer à la rotation sur l'axe, les vis devront être employées de préférence.

En 1888, M. Barbe, dans une communication à la Société d'Odontologie, nous fit connaître une modification qu'il avait apportée à la façon de fixer les bandes de caoutchouc sur les appareils à bandeau

métallique externe. Le bandeau étant placé comme d'habitude à la hauteur du feston gingival ou, dans certains cas, légèrement plus haut, il y pratique, à l'aide d'une scie mince, des fentes sur la moitié de la hauteur environ. Ces fentes doivent être faites en regard des faces latérales des dents à redresser.

Après avoir placé sur le bandeau interne des chevilles de bois destinées à exercer une pression sur les dents que l'on veut pousser dehors, on introduit des bandes de caoutchouc (analogues à celles qui servent à écarter temporairement les dents atteintes de carie interstitielle) derrière les dents à redresser, on tire ensuite les deux bouts libres de cette bande et on les fixe dans les fentes pratiquées à la scie sur le bandeau métallique. Le caoutchouc pressé dans cette fente fait bourrelet au dehors et y reste fixé solidement ; on coupe ensuite le caoutchouc qui dépasse.

Le moyen est excellent pour tendre le caoutchouc et obtenir ainsi une traction continue et énergique. Il a, de plus, l'avantage d'être extrêmement simple à tous les points de vue.

Nous ferons cependant à cet appareil la même critique qu'à tous ceux avec plaque supportant des caoutchoucs ou ligatures, celle de ne pouvoir être retiré que par le dentiste. Si c'est un avantage réel au point de vue de la rapidité du redressement, cet appareil a le grand inconvénient d'être de nettoyage peu fréquent et de faciliter l'irritation, l'inflammation des muqueuses, en servant de vaste réceptacle aux détritus buccaux, donnant ainsi naissance à une infection qui peut même amener des altérations du côté des organes dentaires.

L'antéversion du groupe des dents antérieures a suggéré la construction d'un appareil des plus simples : pour ramener ces dents en arrière, on s'est servi de la pression exercée par le bandeau externe lui-même.

Un ressort en or, contournant l'arcade dentaire, est fixé solidement à une des parties latérales vis-à-vis des molaires, tandis qu'un tube à écrou, placé de l'autre côté, reçoit l'extrémité du ressort et permet de réduire graduellement l'arc formé par l'arcade, agissant ainsi par pression progressive sur les dents antérieures projetées en avant. Le tube à écrou peut être remplacé par un simple crochet sur lequel on adapte un anneau élastique fixé également au ressort dont l'extrémité forme crochet. La pression, dans ce cas, est continue au lieu d'être intermittente.

Un appareil également fort en usage pour les cas d'antéversion des dents antérieures comprend une simple plaque de vulcanite avec bandeau externe sur les grosses molaires. Deux ressorts fixés à la partie profonde de ces bandeaux viennent agir par pression sur les dents antérieures et les poussent en dedans.

APPAREILS EXTENSEURS.

Les appareils que nous venons d'étudier brièvement et qui ont été les plus usités ne peuvent s'appliquer qu'à la régularisation

d'une ou de plusieurs séries de dents. Mais il en est d'autres qui s'attaquent non seulement à un groupe important de dents, mais encore à l'arcade dentaire elle-même.

Le procédé dit *d'extension* de l'arcade dentaire a été longtemps attaqué au point de vue des résultats, et cependant, il faut bien le reconnaître, c'est le plus grand des progrès réalisés en orthopédie dentaire pendant ce siècle. Que de sacrifices souvent inutiles il a épargnés et combien de fois il a permis au dentiste d'intervenir heureusement, en lui donnant le moyen de remédier aux irrégularités, sans avoir besoin de recourir à l'extraction d'une ou de plusieurs dents saines !

Nous avouons être étonné que des hommes de la valeur de MM. Magitot et Pietkiewicz déclarent encore se montrer *très sceptiques* à l'égard des appareils extenseurs [1], car tous ceux, aussi bien en France qu'en Amérique et qu'en Angleterre, qui se sont occupés de redressements sont unanimes à reconnaître les bienfaits de cette méthode.

Les résultats obtenus par ses diverses applications ne sont pas contestables, puisque, dans toutes les Sociétés scientifiques où il a été fait des communications sur ces appareils, les auteurs ont présenté les moulages de la bouche avant et après le traitement.

Mais notre étonnement est peut-être de la naïveté, si l'on songe que pour un cas d'atrésie du maxillaire supérieur, compliqué d'anomalie de l'arcade dentaire par défaut de rapports, M. Magitot proposait récemment l'extraction d'une série de dents placées sur ce maxillaire déjà trop étroit, et que, pour remédier ensuite à cette augmentation d'atrésie, il choisissait, pour ramener l'arcade dentaire en avant, le simple plan incliné [2].

Nous devons cependant nous féliciter que ce soit un dentiste français, Lefoulon, qui, en 1841, dans son *Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste*, ait entrevu la possibilité de pratiquer le redressement des dents sans extraction, par extension de l'arcade dentaire, du bord alvéolaire et de la voûte palatine.

Je ne puis mieux faire que de le citer :

« Les considérations qui précèdent nous fournirent l'idée de nos ressorts dont l'application vint complètement confirmer notre attente et que l'on pouvait, moyennant leur emploi, remédier à l'étroitesse de la voûte palatine, ce que, nous l'avouerons, nous n'avons pas vu la première fois sans une grande surprise. C'est donc maintenant un fait acquis à la science que la voûte du palais et encore moins les arcades dentaires ne sont pas invariablement fixées dans leurs dimensions comme on l'a cru longtemps. Cette idée ou, pour mieux dire, cette grosse erreur profondément enracinée dans toutes les têtes fut un des grands obstacles au progrès de cette branche de l'art dentaire qui s'occupe de la partie orhopédique.

» Les praticiens, intimement convaincus qu'ils avaient à agir sur un cercle inextensible, ne trouvaient pas d'autres moyens, pour rétablir la symétrie des dents, que d'en extraire une ou deux, ou de regagner l'es-

[1]. *Revue mensuelle de Stomatologie*, octobre 1894, p. 304.
[2]. *Revue mensuelle de Stomatologie*, octobre 1894, p. 303.

pace pour l'une d'elles en les limant toutes, ce qui ne contribuait pas peu à rétrécir encore l'arcade alvéolaire et à détruire les rapports de dimension entre la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure. »

Lefoulon publie l'observation d'un cas de prognathisme des incisives et canines de l'arcade dentaire supérieure par étroitesse du bord alvéolaire et de la voûte palatine, surtout entre les bicuspides et les grosses molaires, qui fut traité avec succès.

L'appareil qu'il imagina et qu'il appliqua pour ce cas était de la plus grande simplicité. Il utilisait l'élasticité métallique de ressorts en or, façonnés en fer à cheval et s'adaptant exactement sur les côtés internes des molaires, tandis qu'il laissait un certain espace derrière les dents de devant. L'écartement progressif du ressort agissait sur la couronne des petites et grosses molaires et favorisait l'extension de l'arcade dentaire.

Depuis Lefoulon, de nombreux appareils ont été imaginés pour l'extension des arcades dentaires. L'appareil le plus simple était en vulcanite et se composait d'une plaque palatine dans laquelle, au niveau de certaines dents, les prémolaires le plus souvent, on fixait des chevilles que l'on renouvelait en les laissant un peu plus longues à chaque séance, ce qui déterminait la projection de ces dents en dehors, mais occasionnait des conditions physiques défavorables pour la mastication, car il ne faut pas oublier qu'il est indispensable que l'axe des dents se trouve en rapport avec la direction des efforts articulaires. Cet appareil déterminait donc un défaut de résistance verticale des organes dentaires, et des complications du côté de la pulpe étaient à redouter.

M. Lemerle a fait usage d'un appareil en vulcanite, composé de trois parties: la partie centrale occupe la voûte palatine, tandis que deux gouttières recouvrent les molaires et une portion du palais de chaque côté de l'arcade. Elles sont réunies par des vis et c'est l'écartement de ces vis qui constitue la force agissante.

En 1881, un dentiste anglais, H. Coffin, dans une communication faite au Congrès médical international de Londres, fit connaître sa méthode dite d'expansion et les appareils qu'il avait imaginés. Cette méthode était basée sur de très nombreuses observations, car il l'avait appliquée depuis 25 ans en collaboration avec son père.

Elle réunissait l'avantage de pouvoir combiner l'expansion des arcades dentaires et la possibilité de remédier aux anomalies dentaires pouvant accompagner l'atrésie des arcades. C'est Coffin qui, le premier, a utilisé le fil d'acier dit de piano pour servir de ressort. Le fil de piano est, en effet, un merveilleux moyen de redressement. Son élasticité est doublée d'une puissance extraordinaire. C'est assurément le meilleur ressort que nous possédions pour agir énergiquement soit sur les arcades dentaires, soit sur les dents très résistantes. Son emploi s'est, du reste, généralisé et il est maintenant utilisé très fréquemment.

On peut se le procurer de différentes grosseurs, selon la pression que l'on veut produire. Mais celui auquel on a le plus souvent

recours a un diamètre de 5 à 6/10 de millimètre et correspond au n° 16 de notre jauge.

On doit l'employer sans le recuire, autrement il perdrait ses qualités d'élasticité et de résistance.

Il peut agir sur une dent ou sur un groupe de dents ; s'il agit sur une dent, on devra entourer la partie en contact avec celle-ci d'une épaisseur de caoutchouc vulcanisé pour ne pas nuire aux tissus dentaires.

L'appareil de Coffin a, comme qualités dominantes, son efficacité incontestable, sa simplicité et son peu de volume.

Pour la mâchoire supérieure, c'est une simple plaque de caoutchouc recouvrant ou non les molaires, selon le cas. Au milieu de cette plaque se trouve un ressort en fil de piano tourné en forme d'une M à branches égales, et dont les extrémités sont noyées dans le caoutchouc. Une section perpendiculaire à la ligne médiane, faite à la scie dans toute la longueur de la plaque, la divise en deux et permet à ce ressort d'agir par opposition contre les deux arcades. Dans certains cas, la section pourra être faite sur l'un des côtés de la ligne médiane, si l'on veut faire agir plus spécialement la force contre un groupe de dents.

Pour la mâchoire inférieure, les fils sont au nombre de deux et contournent simplement la plaque. La section est verticale à la ligne médiane. Dans la majorité des cas l'écartement se produit surtout jusqu'aux prémolaires, c'est-à-dire dans l'axe de la force employée.

Nous devons dire que, sous une apparente simplicité, l'application de l'appareil Coffin et surtout l'écartement dans l'axe du ressort pour éloigner les deux ailes de caoutchouc offrent une certaine difficulté, car pour cette manœuvre on ne doit se servir que des doigts et il suffit d'exagérer un peu cet écartement ou de fausser légèrement le ressort pour que l'appareil ne tienne plus en place.

Talbot a modifié le ressort Coffin : il le contourne sur un mandrin, afin de lui donner plus de force et d'élasticité. La plaque de caoutchouc est percée de trous sur les côtés pour l'insertion des branches du ressort. Le fil de piano est disposé de façon à presser la partie interne des dents. Les dents sur lesquelles le ressort vient appuyer sont entourées d'une bande de platine dans laquelle est pratiquée une petite dépression. Le ressort est libre et peut être retiré pour modifier sa pression ; toutefois il est attaché par des fils pour empêcher qu'il ne se détache et éviter sa chute dans la gorge.

Il peut être utilisé sans plaque de vulcanite ; dans ce cas il est combiné avec des bandes de métal fixées solidement aux dents à redresser.

Pour l'expansion de l'arcade inférieure, la plaque peut être fendue sur les côtés, de façon à ce que l'effort porte principalement sur les bicuspides.

Nous pensons que la méthode de Talbot n'est pas supérieure à celle de Coffin, que l'appareil est plus compliqué et plus encombrant dans la bouche.

Le seul avantage qu'on puisse en retirer est la mobilité du ressort, qui donne ainsi plus de facilité pour augmenter sa pression.

C. L. Goddard a modifié également la plaque de Coffin, en faisant la fente transversalement en arrière des incisives. Cet appareil est destiné à agir par expansion de la partie antérieure de l'arcade seulement. Les ressorts sont aussi en fil de piano, mais sont contournés dans le sens opposé, c'est-à-dire dans l'axe de la force agissante. Quand l'expansion doit porter sur la partie antérieure de l'arcade, il donne de très bons résultats.

L'appareil de Kingsley en caoutchouc, combiné avec la vis de Jack, est également recommandable. Il est composé, comme celui de Coffin, de deux ailes de caoutchouc dont le centre se trouve muni d'un écrou ; une double vis permet d'en graduer l'écartement avec autant de précision qu'il est nécessaire. Cependant il a aussi ses inconvénients :

En le nettoyant, l'appareil peut se déranger et il peut en résulter l'impossibilité absolue de faire mouvoir la vis, car cette dernière, qui est en acier nickelé, par son séjour prolongé dans la cavité buccale, subit l'action des salives plus ou moins acides qui nuisent à son bon fonctionnement.

L'appareil de *F. Jean*, dont l'auteur va lui-même vous entretenir, a été imaginé pour remplacer les appareils précédents et faciliter considérablement le réglage.

Il se compose d'une plaque en vulcanite séparée en deux après la cuisson. L'écartement se fait à l'aide de deux tiges métalliques parallèles, introduites chacune dans un fourreau également métallique, et accolées sur leur longueur. A l'extrémité de chacune d'elles est soudé un crampon solide, dans le but d'avoir une fixité parfaite dans la plaque de caoutchouc.

Les deux parties peuvent être complètement séparées et le nettoyage peut être fait minutieusement et parfaitement. Le point de fixation de la force agissante est combiné suivant la direction du déplacement à opérer.

Si l'on ne veut agir que sur un groupe de dents, la plaque de caoutchouc peut être plus petite.

L'appareil est mis en action par des fils métalliques enroulés autour des tiges.

Le grand avantage de cet appareil réside dans la possibilité de graduer d'une façon précise et sans danger de déplacement l'écartement des deux ailes de caoutchouc par l'adjonction tous les 3 ou 6 jours d'un ou de plusieurs fils, selon la résistance rencontrée.

De plus, sa simplicité est réelle.

Pourtant, on peut lui objecter d'être encombrant pour la langue et la mastication par les barrettes qui traversent la voûte palatine. En outre, sa force, au lieu d'être continue, est intermittente, ce qui est un désavantage, surtout au point de vue de sa rétention.

Malgré ces quelques défauts, son auteur nous a présenté des cas traités par son application avec des résultats magnifiques, et nous-même, qui l'avons souvent utilisé à la clinique de l'Ecole dentaire

de Paris, avons pu constater que c'est un moyen précieux pour remédier à l'atrésie du maxillaire supérieur.

APPAREILS SANS PLAQUE.

On entend par *appareils sans plaque* les appareils fixés à certaines dents qui servent de point d'appui à la force agissante.

Cette méthode est récente, si l'on excepte les ligatures de soie ou métalliques fixées directement aux dents et agissant par elles-mêmes, mais qui avaient de graves inconvénients, dont le principal était d'irriter les gencives et le périoste des dents sur lesquelles elles étaient placées; elles n'agissaient, du reste, que dans un nombre de cas très restreint et ne donnaient pas toujours les résultats cherchés.

Nous pensons que cette méthode est, dans la plupart des cas, la méthode de l'avenir.

En effet, elle possède, selon nous, des avantages considérables.

Au point de vue de l'esthétique, les appareils étant peu volumineux peuvent se dissimuler plus facilement.

En laissant la voûte palatine à découvert, ils occasionnent moins de gêne à la mastication et à la prononciation.

De par leur immobilité, le praticien est certain que l'appareil a été constamment porté et il peut modifier avec une précision mathématique les forces agissantes au fur et à mesure que la régularisation s'accentue, ce qui lui procure, ainsi qu'au patient, une grande économie de temps et de séances, tout en assurant un succès certain.

On a adressé, il est vrai, quelques critiques à ce système; mais il est très facile de les atténuer, car elles ont été de beaucoup exagérées.

Le manque de propreté résultant de leur nettoyage difficile, qui pouvait se soutenir pour plusieurs appareils fixés à l'aide de bandes ou colliers serrant sur les dents, ne peut pas exister pour ceux qui font corps avec les dents sur lesquelles ils sont placés, car, pour ces derniers, le nettoyage dans la bouche à l'aide de la brosse peut se faire d'une façon très satisfaisante. J'ajoute même qu'ils permettent l'antisepsie buccale la plus large. Leurs effets nuisibles sur les dents sont également éloignés par le fait de l'isolement de ces dents au moyen d'une substance inoffensive pour les tissus dentaires, qui les unit avec ces moyens de rétention. Le séjour des sécrétions buccales entre la bande et la dent est donc supprimé. Reste la critique la plus sérieuse, la plus vraie : la résistance des forces appliquées qui porte sur un nombre moins considérable de dents.

Mais nous devons envisager que cette méthode ne doit être suivie que dans quelques cas spéciaux, c'est-à-dire lorsque nous pouvons faire supporter cette résistance par plusieurs dents dont la puissance d'implantation, et par conséquent de résistance, est de beaucoup supérieure à l'effort que nous leur demanderons de soutenir; c'est là une règle absolue dont on ne devra jamais se départir sous peine d'obtenir non seulement de mauvais résultats, mais

encore des déformations plus grandes que celles que nous voulons corriger. En étudiant rapidement diverses méthodes en usage, nous aurons à revenir sur ce sujet.

Les divers moyens d'application des forces sont les mêmes que pour les plaques : fils de soie, bandes ou anneaux élastiques, vis, ressorts, coins.

Les forces continues ou intermittentes sont donc également applicables avec ces appareils ; mais, comme ils sont inamovibles, les métaux seuls, or, platine, acier, etc., devront entrer dans leur construction.

Un grand progrès a été réalisé par la rétention, avec des substances plastiques, des appareils fixés à l'aide des bandes, anneaux ou coiffes.

LA BANDE MAGILL.

C'est au Dr W. E. Magill que l'on doit ce procédé. Il se compose d'une bande de platine d'une épaisseur répondant au numéro 5 ou 6 de la jauge française et de 2 millimètres de largeur. Cette bande est contournée selon la forme de la couronne de la dent sur laquelle elle doit être adaptée, puis soudée au point où les deux extrémités se rencontrent, ce qui en fait un anneau ou collier. On y fixe alors des crochets ou broches, suivant le cas, sur lesquels viendront s'attacher les anneaux élastiques, si l'on veut employer ces moyens ; si l'on utilise des vis ou des ressorts, on façonnera les bandes de manière à ce qu'elles supportent ou reçoivent les extrémités de ces agents. On peut ensuite sceller définitivement la bande à la partie intermédiaire entre le collet et le bord tranchant de la dent à l'aide de ciment à l'oxyphosphate de zinc.

Le ciment protège donc la partie de la dent sur laquelle repose la bande en même temps qu'il s'oppose au passage des sécrétions entre la dent et la bande.

Avant la bande Magill, les appareils sans plaque se fixaient d'ordinaire aux dents à mouvoir à l'aide d'une ligature appliquée le mieux possible et que l'on serrait par un nœud ; mais, à cause de la forme du collet de la dent, il arrivait le plus souvent que la ligature glissait sous la gencive, produisant des désordres locaux intenses. Ce procédé était évidemment défectueux.

A l'aide de la bande Magill, on obtient une fixation absolument sûre, on évite l'irritation des tissus mous. C'est donc à ce nouveau moyen que l'on doit donner la préférence, car il est supérieur à tous les autres, même aux bandes ouvertes fixées aux dents par une vis et un écrou.

Lorsque la régularisation est achevée et que l'on désire retirer la bande, on se sert des mors d'une pince, en protégeant l'émail de la dent à l'aide d'une peau de chamois.

Il n'est pas difficile d'entrevoir les services que la bande Magill rend dans de nombreux cas et les multiples applications qui en sont possibles. Elle peut aussi être combinée utilement avec les appareils à plaque et devient alors un auxiliaire très précieux.

Dans certains cas d'appareils sans plaque, on peut se contenter d'entourer avec la bande une seule dent servant de point de résistance ; mais alors on doit y souder une barrette prenant son point d'appui sur plusieurs dents voisines qui participent ainsi à la résistance.

COIFFES.

Les coiffes métalliques ou même en vulcanite se fixent, ainsi que la bande Magill, à l'aide de ciment.

Elles peuvent être utilisées dans certains cas où l'on aura besoin de rehausser l'articulation et surtout pour favoriser l'allongement des molaires de six ou de douze ans, lorsque nous nous trouvons en présence d'une antéversion du groupe des dents antérieures supérieures assez prononcée pour que les dents antérieures du bas viennent buter contre la base linguale des couronnes de ces dents ou s'appliquer dans la gencive même.

Le port de couronnes ou coiffes pendant un certain temps — un mois ou deux selon les cas — sera le premier temps du redressement. Il deviendra ensuite facile, avec ou sans extraction, selon l'arrangement des dents et leur volume, de faire disparaître cette anomalie on ne peut plus disgracieuse.

APPAREIL DU D[r] GAILLARD.

C'est l'appareil qui a été le plus souvent utilisé en France, parmi les appareils sans plaque, depuis 1881, époque où le D[r] Gaillard fit connaître sa méthode. D'une assez grande simplicité de construction, très peu encombrant, il peut être fixé solidement et appliqué dans la majorité des cas pour les anomalies dentaires, quoique le D[r] Gaillard, qui est un exclusiviste, l'emploie dans tous les cas.

Il est constitué par deux coiffes métalliques estampées sur les couronnes des bicuspides et des molaires, qui se continuent sur les bords gingivaux externes et internes et forment un rebord d'environ 5 millimètres.

Ces coiffes sont reliées par un fil métallique d'une largeur de 2 millimètres, passant sur la partie externe de l'arcade à peu près au niveau du feston gingival.

Une série de petits anneaux en fil d'argent de 3/10 de millimètre de diamètre sont soudés sur le fil qui relie les coiffes. Ces anneaux sont destinés à servir de rétention aux anneaux élastiques.

L'appareil est fixé à l'aide de ligatures en fil d'argent passées dans des trous correspondant aux espaces interstitiels existant entre les molaires.

Les coiffes peuvent être pleines ou découpées à jour, suivant qu'on a besoin ou non de rehausser l'articulation. Dans ce dernier cas des moignons en hippopotame peuvent y être ajoutés.

L'appareil agit surtout par la traction produite par des fils de caoutchouc carrés de diverses grosseurs. Ils sont fixés aux an-

neaux à l'aide de nœuds ; mais on peut se servir aussi de coins de caoutchouc élastiques si l'on veut combiner un mouvement de pression avec la traction.

On a reproché à l'appareil Gaillard de blesser les dents et les gencives et d'être difficile à nettoyer.

Nous n'avons pu constater d'altération des tissus dentaires causée par ces appareils ; seules, les gencives peuvent être lésées par les élastiques.

Une adaptation très soignée, la surveillance des élastiques qui ne doivent pas remonter sous le collet des dents empêcheront ces lésions.

Quant au danger des coiffes de servir de réceptacle aux détritus buccaux, on pourra le faire disparaître en unissant intimement l'appareil aux dents avec une substance plastique facilement enlevable quoique suffisamment résistante, la gutta-percha par exemple.

APPAREILS HEÏDÉ.

M. Heïdé a imaginé trois appareils sans plaque qu'il a décrits dans la *Revue internationale d'Odontologie* en février 1893.

Pour le premier, destiné à ramener en avant deux canines, il utilise le ressort de Coffin, modifié par Talbot ; des bandes Magill en or fin, munies de tubes destinés à recevoir les extrémités du ressort, le fixent aux dents.

On peut protéger la lèvre du contact du ressort en entourant celui-ci de fil.

Le résultat a été obtenu en trois semaines.

Pour le deuxième, dont le rôle était de corriger la déviation sur l'axe d'une incisive supérieure, il fixa des anneaux autour de la seconde bicuspide et de la première molaire.

A ces anneaux était soudé un tube carré qui recevait une barre d'or, glissant à volonté dans ce tube et faisant ressort. La traction sur la dent à faire tourner était obtenue par un fil de soie qui obéissait à l'action du ressort.

Enfin, pour le dernier appareil, qui a été appliqué sur un sujet de trente-cinq ans et devait ramener au niveau de l'arcade une deuxième bicuspide placée en dedans, M. Heidé employa une vis avec écrou, fixée avec des bandes aux dents voisines ainsi qu'à celle à redresser et faisant appel par traction pour ramener en avant la dent mal placée.

Avec ces trois appareils, l'auteur a obtenu un résultat rapide, même dans le dernier cas, où l'état de la cavité buccale laissait à désirer et où l'appareil était appliqué sur un sujet de 35 ans.

APPAREILS FARRAR.

L'auteur a fait connaître, en 1876, dans le *Dental Cosmos*, sa méthode de redressement et a décrit les appareils qu'il a imaginés pour y remédier.

Nous rangerons ces appareils dans une division spéciale, bien que, dans certains cas, il utilise la plaque de vulcanite.

Le Dr Farrar est un partisan convaincu de la force dite intermittente ; c'est dire qu'il choisit une force qui laisse aux dents à régulariser une période de repos succédant à une période de mouvement.

Il a soutenu éloquemment sa théorie sur la physiologie du redressement, et il concluait par le principe suivant :

« Dans la régularisation de dents, la ligne de séparation entre la production de modifications physiologiques et d'altérations pathologiques dans les tissus de la mâchoire est déterminée par une étendue de mouvements variables suivant les cas, mais qui ne doit pas dépasser 1/240 ou 1/160 de pouce toutes les 12 heures. »

L'instrument auquel il donne la préférence pour appliquer son principe est la vis sous toutes ses formes.

Il l'emploie pour tous les cas, cependant quelquefois il la combine avec les autres moyens de réduction ; il se sert alors de la plaque de vulcanite comme soutien de ses moyens de traction.

Les appareils du Dr Farrar sont très ingénieux et d'application pratique dans beaucoup de cas. Cependant, comme tous les systèmes exclusifs, ils sont parfois très compliqués et peuvent être avantageusement remplacés par des appareils beaucoup plus simples remplissant le même but.

APPAREILS PATRICK.

Cette méthode date de 1882. Elle a ceci de particulier qu'elle ne nécessite pas la prise de l'empreinte et par conséquent pas de modèles en plâtre.

L'appareil se compose :

1° D'un ressort en or platiné recourbé en fer à cheval et représentant approximativement la parabole formée par l'arcade dentaire ;

2° Des accessoires : bandes, anneaux avec écrous, ressorts, crochets, barres en T, etc.

Les bandes sont serrées par des écrous à la partie linguale des dents sur lesquelles elles sont appliquées, tandis que du côté labial elles sont soudées à des anneaux dans lesquels glisse le ressort principal. Deux vis, situées en dehors de ce ressort vis-à-vis les grosses molaires, le tendent après la mise en place de l'appareil.

A chaque accessoire est soudé un anneau qui permet de l'amener par glissement à l'endroit indiqué par le cas; il y est alors fixé.

Cette méthode, très ingénieuse, comme celle de Farrar, a l'inconvénient de fixer l'appareil aux dents par des bandes avec un écrou qui laisse pénétrer entre celles-ci et les dents la salive entraînant les détritus buccaux ; elle peut donc être nuisible aux dents sur lesquelles elle s'appuie. Aussi les bandes Magill peuvent-elles être substituées avec avantage aux bandes ouvertes.

APPAREILS BYRNES.

En 1886 M. Byrnes a fait paraître dans le *Dental Cosmos* un exposé de sa méthode.

Cette méthode est basée sur l'élasticité du métal, contourné de façon à augmenter encore son élasticité naturelle.

Ce sont des rubans découpés dans une plaque d'or de 20 à 22 carats et laminés très minces ; mais leur épaisseur peut être augmentée selon la force que l'on désire faire agir. Ils sont terminés à leurs extrémités par des bandes fixées à des dents naturelles, placées à une certaine distance des organes à faire mouvoir.

A l'aide d'un instrument mousse, on enfonce le ruban métallique entre les interstices des dents qui se trouvent placées entre les deux points d'attache. Ces dépressions du ruban agissent comme une série de petits ressorts et mettent l'appareil en action.

Dans certains cas, des morceaux de caoutchouc élastiques formant coins sont insérés entre le ruban métallique et la dent à régulariser et viennent aider l'effort des ressorts. Au fur et à mesure que la réduction s'opère, on raccourcit les bandes et on les contourne à nouveau.

Cet appareil s'emploie principalement pour les cas d'antéversion des incisives et canines ; il peut agir par pression et par traction.

APPAREILS JACKSON.

M. Jackson, de New-York, a lu devant l'Association des dentistes américains, en 1889 et en 1891, des communications fort intéressantes sur la méthode qu'il emploie pour le redressement des dents.

L'auteur se sert uniquement de ressorts en fil de piano, fixés directement sur les dents ou combinés avec bandes ou colliers, et il utilise ce moyen pour remédier à toutes les irrégularités.

Ces appareils, dont la force agissante est basée sur les courbures très ingénieuses des ressorts, possèdent de grands avantages, qui consistent dans leur petit volume et la force très douce, mais continue, qu'ils déploient.

Ils sont surtout utilisables pour le maxillaire inférieur. Nous avons été surpris de constater que des appareils construits d'après cette méthode et dont les ressorts nous paraissaient vraiment très faibles, apportaient des modifications rapides à des dents irrégulières cependant résistantes.

Néanmoins nous devons ajouter que surtout avec ce système l'ingéniosité des dentistes sera mise à contribution, car la combinaison des appareils est très complexe.

MÉTHODE ANGLE.

M. Angle, dont les appareils de redressement ne vont pas tarder à se vulgariser, a fait connaître pour la première fois sa méthode au Congrès de Washington en 1887. Depuis il l'a beaucoup perfec-

tionnée et il est arrivé, en utilisant toutes les forces employées jusqu'à présent et en les simplifiant, à combiner des appareils aussi peu encombrants qu'il est possible et capables de produire une force considérable pour réduire toutes les anomalies de direction. Les appareils sont construits entièrement en métal. Toutes les forces sont employées, mais c'est surtout à la vis et au ressort en fil de piano qu'il a recours.

Les moyens d'attache sont d'ordinaire les bandes Magill et le plus souvent des colliers avec écrou. Des tubes, dans lesquels s'insèrent les vis de traction, sont soudés aux bandes placées sur les dents à déplacer.

La vis de Jack agit pour repousser les dents. Du reste la majeure partie des ressorts, tubes et vis qui composent ces appareils sont vendus prêts à être appliqués, chez les fournisseurs pour dentistes.

M. Angle a certainement fait faire un grand pas aux appareils sans plaque, grâce à la simplicité de son procédé. Toutefois nous reprocherons à ses colliers avec écrou d'être inférieurs aux bandes Magill, en ce sens qu'ils laissent pénétrer entre eux et la dent des détritus buccaux qui peuvent lui être nuisibles.

La méthode Angle peut s'appliquer également pour l'extension de l'arcade. Les dents à repousser sont entourées de bandes auxquelles on soude de petits tubes dans lesquels passent des fils latéraux qui longent l'arcade dentaire en dedans vis-à-vis des molaires.

Une vis de Jack vient s'appliquer sur les fils et exerce une pression que l'on peut fixer dans la direction voulue et à l'endroit nécessaire.

C'est évidemment un appareil supérieur à celui de Kingsley, construit avec le principe de la vis de Jack, mais à l'aide de la plaque de vulcanite.

L'appareil d'Angle est beaucoup moins volumineux en raison de la suppression de la plaque et il permet le déplacement des points d'application de la force qui est quelquefois utile.

ENFONCEMENT ET ÉLONGATION DES DENTS.

Jusqu'à présent nous avons vu les procédés et méthodes orthopédiques destinés à remédier aux différentes anomalies qui se présentent le plus fréquemment. Il convient d'ajouter à ces différentes méthodes les procédés employés pour remédier à des cas spéciaux, mais qui font partie du domaine de l'orthopédie dentaire.

Le Dr Martin (de Lyon) a publié, l'année dernière, plusieurs observations portant sur l'enfoncement et l'élongation des dents.

Par ses travaux sur les fractures du maxillaire, sur les restaurations faciales et buccales et enfin par ses appareils de prothèse immédiate pour la résection des maxillaires, M. le Dr Martin occupe une place éminente parmi nous. Il importe donc d'examiner la nouvelle méthode.

Enfoncement.

L'observation d'enfoncement d'une dent atteinte d'arthrite dentaire s'adresse à un cas pathologique fréquent.

Un malade vint consulter le Dr Martin pour une dent (incisive centrale supérieure droite) atteinte de gingivite expulsive et qui était en même temps allongée et déviée.

A la suite du traitement qu'il lui fit subir pendant deux mois, cette dent s'était à peu près consolidée, mais son élongation et sa déviation persistaient.

Encouragé par ce premier résultat, le Dr Martin eut l'idée de combiner un appareil destiné à remplacer les dents qui manquaient, en même temps qu'il agirait pour renforcer et redresser la dent restée irrégulière. Il construisit une plaque en or supportant deux dents artificielles, deux lames y étaient soudées qui passaient entre les prémolaires de chaque côté ; un prolongement partant de la plaque passait entre les incisives centrales et venait se recourber à un centimètre environ au-dessus du liseré gingival externe de la dent à redresser ; à l'extrémité de ce prolongement et à la partie située exactement à la moitié de la largeur de la dent était fixé un bouton destiné à retenir un anneau élastique passant par-dessus la dent et attaché à un petit crochet soudé parallèlement au bouton externe sur la plaque en or. L'anneau de caoutchouc ainsi tendu exerce une pression constante sur la dent et tend à l'enfoncer dans son alvéole.

Au bout de vingt jours la dent était au niveau de l'incisive médiane gauche, elle s'était rapprochée sensiblement et M. le Dr Martin n'avait plus qu'à accentuer ce rapprochement à l'aide d'un des procédés usuels.

L'appareil de maintien consistait tout simplement à remplacer l'anneau élastique par une petite bande d'or soudée aux deux points qui avaient servi d'attache. Le traitement a demandé quatre mois, dont la moitié pour le traitement de la gingivite avant toute application d'appareil.

L'indication de l'emploi de cette méthode pour le traitement de l'arthrite dentaire, où elle peut rendre de grands services, appartient à M. le Dr Martin. Le procédé était déjà employé en Amérique, et Guilford [1], dans son traité paru en 1889, le signale.

L'appareil le plus simple se compose d'une plaque en vulcanite munie d'un ressort en or venant exercer une pression au bord libre de la dent. Si l'on veut supprimer la plaque qui peut être inutile, la pression peut être exercée par un bout de digue, procédé employé depuis longtemps pour maintenir les dents réimplantées.

Elongation des dents.

L'allongement des grosses molaires permanentes s'obtient très facilement par le rehaussement de l'articulation, soit à l'aide d'un appareil à capuchon, soit à l'aide de coiffes appliquées sur les pré-

1. S. H. Guilford, *Orthodontia ou malposition des dents humaines*, page 174.

molaires, lorsque celles-ci ont atteint leur longueur normale, et M. Godon, au Congrès de Paris de 1889, donnait à sa communication sur le redressement des dents la conclusion suivante : « Dans les cas de prognathisme de la mâchoire supérieure, il est presque toujours nécessaire, au début du traitement, de provoquer l'allongement de la dernière molaire afin de rehausser l'articulation. »

Mais l'allongement méthodique par une traction exercée sur la dent est un procédé nouveau.

Le *Dental Cosmos* a publié, dans son numéro d'août 1893, un article intitulé : *Traitement de la fracture d'une incisive par allongement, dû à M. Norman, de Philadelphie.*

L'auteur y expose son procédé et les appareils qu'il a imaginés pour le redressement par élongation d'une incisive centrale supérieure gauche qui était cassée complètement au tiers de la longueur de la couronne.

L'appareil dont il s'est servi pour la régularisation de cette dent se compose de deux capsules métalliques placées sur les dents voisines de celle à tirer et descendant jusqu'au bord libre de la gencive. Elles sont réunies par un fil de métal formant pont au-dessus de la dent fracturée et qui est percé à son centre d'un trou destiné au passage d'une vis.

Celle-ci est fixée solidement par une bride ou anneau à la face labiale d'une bande scellée autour du collet de la dent à redresser.

Après son passage dans le fil réunissant les deux capsules voisines, un écrou est adapté à la vis. En le serrant, on opère une traction sur la dent que l'on veut faire descendre.

Cette traction, que l'on peut régler d'une façon très précise, doit être très faible d'abord, puis augmentée chaque jour.

Le résultat obtenu, l'appareil est laissé quelque temps comme appareil de maintien. La dent fracturée est ensuite meulée et polie à l'endroit de la fracture.

Le traitement a duré trois semaines, ce qui est un laps de temps relativement court.

Une précaution qu'il ne faut pas négliger pour arriver à un bon résultat, c'est de séparer avec une lime fine les dents voisines de celle à régulariser, afin qu'elles ne puissent pas gêner la descente de la dent et qu'elles permettent l'application des coiffes.

M. Norman ajoute qu'il a déjà traité trois cas analogues avec le même succès.

Le Dr Martin a modifié l'appareil de M. Norman, en substituant à la force agissante intermittente, représentée par la vis, la traction continue exercée par un anneau élastique.

Des deux observations qu'il a publiées, la première porte sur une fracture de l'incisive centrale droite occasionnée par une chute du sujet âgé de seize ans.

La couronne a été séparée en deux et la cavité pulpaire mise à nu.

Lorsque le sujet fut amené à M. Martin, la mortification pulpaire était survenue et il existait de la suppuration. Après l'application

d'un traitement rationnel et l'obturation du canal, une tige fut fixée dans la substance obturatrice pour servir de point d'attache à la force employée.

Cette tige était terminée en forme de T dont les branches latérales étaient recourbées sur les faces labiale et linguale de la partie restante de la couronne.

Un petit bouton, placé à l'extrémité de chacune de ces branches, fixait l'anneau élastique. La force d'opposition était constituée par deux coiffes d'or placées sur les deux dents voisines et réunies par un fil formant pont au-dessus de la dent cassée.

En réunissant le pont aux deux boutons situés à l'extrémité des branches recourbées sur les faces externes de la couronne par un anneau élastique, on obtenait une traction douce et continue.

La dent amenée à la longueur voulue, un fil d'or remplace l'anneau élastique et sert d'appareil de maintien.

Comme dans l'observation de M. Norman, la seule trace qui permette de constater l'élongation de la dent est une irrégularité du feston gingival qui descend plus bas à cet endroit.

La seconde observation porte sur une fracture oblique de droite à gauche d'environ 0,004 de millimètre de hauteur du bord tranchant d'une incisive médiane supérieure gauche chez une jeune fille de dix-sept ans.

Le Dr Martin, ayant reconnu pendant le traitement du premier cas la nécessité de faire porter la résistance sur un plus grand nombre de dents, a modifié son appareil en ce sens.

Il a donc construit un appareil composé de deux plaques métalliques allant de la première prémolaire gauche à la première prémolaire droite, l'une palatine, l'autre s'adaptant au bord gingival externe. Ces plaques sont reliées entre elles par des fils métalliques passant dans les interstices dentaires.

Un fil métallique d'une plus grande force forme pont comme dans le premier appareil, mais son étendue est plus considérable, car il est soudé aux plaques à un point concordant avec l'espace interdentaire dans l'incisive latérale et la canine de chaque côté.

Un trou percé dans la partie de la dent qui doit être réséquée après l'élongation sert à faire passer un fil d'or recourbé en haut à sa sortie de la dent ; à chacune des extrémités du fil est adapté un anneau élastique attaché au pont métallique qui attire la dent en bas.

Si la dent est entière et que par conséquent on ne puisse y percer de trous, une couronne métallique portant deux boutons la recouvre et y est scellée à l'aide de ciment.

Le traitement, dans cette dernière observation, n'a duré que dix jours.

Dans son numéro du 7 juillet 1895, le *Lyon médical* a publié un article du Dr Martin sur « l'élongation des dents appliquée au traitement de quelques cas d'érosion dentaire [1] ».

---

1. Reproduit plus loin.

L'auteur expose le nouveau traitement qu'il a employé pour remédier dans les cas favorables à l'érosion des dents qui ont subi une formation de dentine secondaire, ce qui rend l'ivoire d'une densité si grande qu'il peut résister aux acides buccaux sans s'altérer.

Le D[r] Martin emploie le même appareil que celui décrit précédemment et utilise pour l'allongement des dents cassées. Il se sert de la partie érodée de la dent qui doit être réséquée pour y fixer son élastique de traction.

C'est une nouvelle application du procédé, qui peut nous rendre des services dans un petit nombre de cas, en permettant de faire disparaître complètement une tare si disgracieuse et à laquelle il est si difficile de remédier.

APPAREILS SE SERVANT DE LA NUQUE POUR POINT D'APPUI.

Ces appareils peuvent être utilisés dans certains cas particuliers de prognathisme exagéré de la partie antérieure de l'un ou l'autre des maxillaires.

Ils ne doivent être appliqués que lorsqu'on a reconnu l'impossibilité de trouver dans la bouche un point d'appui suffisamment résistant pour agir efficacement sur le groupe des dents à faire rentrer.

Plusieurs appareils ont été construits dans ce but. Ils sont combinés de façon à exercer une pression sur la partie labiale des dents antérieures au moyen d'une plaque modelée sur celles-ci et traversée par un fil métallique recourbé et formant crochet à ses extrémités. La traction sera faite en arrière par des bandes de caoutchouc élastique assujetties, d'un côté, aux crochets de fil métallique, de l'autre au couvre-chef qui porte des griffes à cet effet. La force agissante pourra être modifiée dans le cours du traitement par la longueur des élastiques ; la direction de la traction pourra également être changée en déplaçant les agrafes du couvre-chef.

Lorsque ce prognathisme se complique d'un défaut d'occlusion antérieure des maxillaires, indépendamment des moyens buccaux auxquels on pourra avoir recours, on se servira en dernier lieu de la fronde de Bouisson, modifiée de façon à ce que la traction puisse se produire dans la direction voulue.

M. Angle a imaginé de nouveaux appareils pour remédier au prognathisme des mâchoires.

Comme tous les appareils de ce genre, ils sont composés, pour le maxillaire supérieur, d'un filet formant couvre-chef, d'élastiques destinés à produire la traction en arrière et qui relient le couvre-chef à une tige métallique recourbée à ses extrémités pour servir d'attache.

Cette tige est munie, à la partie correspondant à la ligne médiane du maxillaire, d'un tube dans lequel s'adapte une vis fixée à un appareil buccal, qui est constitué, comme tous les appareils du D[r] Angle, par un ressort contournant l'arcade dentaire externe et fixé aux dents à l'aide de colliers à écrou.

L'appareil destiné au maxillaire inférieur est également composé d'un filet couvre-chef, d'élastiques et d'une mentonnière sur laquelle s'exerce la traction en arrière.

REDRESSEMENT SANS APPAREIL.

La période de dentition des dents permanentes, qui comprend la chute des dents temporaires et l'éruption des dents permanentes, doit être pour le dentiste l'objet d'une attention continuelle.

Il est certain que pour beaucoup d'irrégularités il peut intervenir utilement et prévenir certaines déviations à ce moment.

On peut dire que deux règles s'imposent pour dicter sa conduite :

1° Faire en sorte qu'à son apparition la dent permanente trouve l'espace nécessaire pour prendre sa place régulière dans l'arcade dentaire ;

2° Surveiller attentivement la sortie des dents permanentes en voie d'évolution et leur éviter toute rencontre prématurée de la part des dents temporaires antagonistes.

Nous croyons qu'une surveillance exercée régulièrement et une intervention opportune peuvent éviter dans la suite l'application d'un appareil orthopédique dans les irrégularités légères.

Parmi les moyens tentés pour remédier aux irrégularités existantes pour lesquelles la pose d'un appareil n'est pas nécessaire, il faut citer les manœuvres conseillées par les anciens dentistes et qui consistaient en pressions à l'aide des doigts souvent répétées sur l'organe déplacé.

Rappelons le cas cité par Talbot pour redresser la rétroversion d'une incisive centrale supérieure. Talbot, en faisant mordre cette dent sur un levier en bois agissant comme le plan incliné, a réussi en une journée; le patient restant sous sa surveillance pendant tout ce temps.

Enfin les ligatures ou anneaux élastiques pour rapprocher des dents trop écartées, mais ils ont l'inconvénient d'occasionner des désordres locaux quelquefois assez intenses.

Kingsley a conseillé, pour le développement de l'arcade dentaire, l'emploi des coins de caoutchouc. Nous ne savons quels résultats ont été obtenus par ce moyen ; mais nous pouvons dire qu'il n'est pas pratique. Nous connaissons tous la douleur que cause l'application d'un caoutchouc pour l'écartement temporaire d'une dent atteinte de carie interstitielle. Nous pouvons donc nous figurer l'épouvantable souffrance à laquelle on condamnerait un sujet en généralisant cet écartement avec des coins pendant le temps nécessaire au travail physiologique.

ROTATION BRUSQUE.

Cette opération s'applique à l'anomalie que l'on rencontre assez souvent et qu'on nomme *rotation axile* ou *rotation sur l'axe*, c'est-à-dire déviation sur l'axe de la dent.

Les cas les plus fréquents portent généralement sur les incisives, les canines et les prémolaires.

Comme les autres anomalies de direction, elle peut avoir de fâcheuses conséquences. Au point de vue de l'esthétique, lorsqu'ell-se trouve placée sur le groupe des dents antérieures, elle peut altée rer la physionomie, et dans certains cas, elle nuit à l'articulation en frappant la dent antagoniste par un contact anormal.

L'intervention du dentiste est donc indiquée : il y remédiera soit par une opération, soit par la pose d'un appareil orthopédique, à moins que cette anomalie ne soit légère, auquel cas il est bien préférable de ne pas intervenir.

L'opération dite rotation brusque est de date fort ancienne.

Fauchard, en 1728, la pratiquait déjà à l'aide du pélican : il ébranlait la dent, qu'il tournait ensuite à l'aide d'une pince ; il la fixait alors dans la position voulue avec une ligature de fil ciré.

Bourdet, Hunter, Gariot pratiquaient cette opération. Delabarre, qui n'en était pas partisan, imagina, pour remplacer la rotation brusque, un appareil primitif composé d'un dé métallique entourant la dent à redresser ; ce dé était relié d'un côté à une des molaires par un fil qui exerçait une traction sur le côté du dé où il était attaché et faisait ainsi tourner le dé et la dent.

Maury, en 1833, et Désirabode, en 1846, n'en sont pas non plus partisans.

Cette opération a donc été délaissée depuis le commencement de ce siècle et n'a été reprise que par quelques auteurs qui ont tenté de la remettre en honneur.

Tomes, dans son *Traité de chirurgie*, préconise ce système. Il exécute l'opération en deux temps, c'est-à-dire que dans la première partie il fait parcourir à la dent la moitié du mouvement de torsion à produire et quinze jours ou trois semaines après, il ramène la dent au degré voulu.

Il maintient la dent en place à l'aide d'une gouttière de gutta-percha.

Magitot, au mot *dent* du *Dictionnaire encyclopédique*, publie 17 observations de cas traités par ce procédé.

Il conseille l'abandon des appareils dans les cas de rotation sur l'axe et les admet seulement pour les dents dont la rotation est accompagnée d'autres déviations.

Le Dr David a publié, en 1885, dans l'*Odontologie* une étude sur ce sujet et son traitement par la rotation brusque. Comme Magitot, il s'en fait le partisan si résolu qu'il ne s'effraie même pas de l'accident le plus fréquent de cette opération : l'extraction de la dent à redresser. Il cite un semblable résultat chez une jeune fille de quinze ans.

Cependant, dans les cas où le succès lui paraît douteux, il conseille la combinaison des deux méthodes. Il commence le redressement à l'aide d'un appareil orthopédique et il le termine par l'opération. L'avantage qu'il prétend obtenir est la suppression des appareils de maintien. Donc, d'après les auteurs que je viens de citer,

nous devons considérer cette opération comme préférable à la rotation lente de la dent avec un appareil orthopédique agissant graduellement.

Il y a lieu d'examiner ses avantages et ses inconvénients :

Faire en une ou deux séances le même travail qu'un appareil bien compris en plusieurs mois et supprimer du même coup l'appareil de maintien que le patient devra porter encore longtemps pour maintenir la dent en place et assurer un résultat définitif, sont des avantages incontestables.

Si avec cela vous rendez impossibles les désordres que peut occasionner le port prolongé des appareils, vous devez vous prononcer nettement pour cette méthode.

Cependant elle a des inconvénients. D'après les conclusions du Dr David [1], l'opération dite de rotation brusque est une extraction incomplète.

D'après M. le Dr Cruet [2], pour que la rotation brusque soit efficace il faut rompre les ligaments interalvéolaires, c'est-à-dire, suivant son expression, faire une greffe sans enlever la dent.

Ces deux affirmations doivent déjà nous faire réfléchir. Nous savons en effet que l'opération consiste à saisir fortement la dent au collet à l'aide d'un davier dont les mors ont été préalablement garnis d'une mince feuille de plomb ou de papier de verre et à exécuter un mouvement de torsion lent mais ferme, jusqu'à ce que la dent soit ramenée au niveau indiqué par ses voisines.

Il est nécessaire de dépasser quelque peu le point où l'on doit arrêter la torsion, parce que la dent a une tendance à revenir à sa place.

Les ligaments, d'abord distendus, arrivent à se rompre ; il faut donc que la dent, dépourvue de ses attaches ligamenteuses et placée dans une autre position, prenne de nouveaux rapports.

Toutefois le faisceau vasculo-nerveux doit seulement être tordu, mais non rompu, car cette rupture amènerait la perte de la vitalité de l'organe central.

A la possibilité d'une extraction involontaire, comme dans les observations de Bourdet et de David, nous devons donc ajouter la possibilité d'une mortification de la dent, et nous croyons ce dernier accident extrêmement fréquent.

Mais il y a encore d'autres accidents à redouter pour mener à bien cette opération.

Quoique la rotation brusque ne soit praticable que sur les dents antérieures supérieures, à cause de la forme presque ronde de leur racine, il n'est pas toujours facile de s'assurer de la régularité de ces racines. Vous pouvez donc rencontrer, à cause d'une forme irrégulière, une résistance que vous ne soupçonnez pas et, dans ce cas, vous vous exposez à fracturer soit l'une des parties de la dent (couronne ou racine), soit le bord alvéolaire.

De plus, si vous réussissez à luxer la dent et à la ramener dans

1. *Odontologie*, 1885, p. 221.
2. *Revue de Stomatologie*.

la direction normale, la configuration interne de l'alvéole n'est plus en rapport avec la forme de la racine différemment placée.

Enfin, les ligaments rompus seront comprimés dans certains endroits et, en réagissant, ils détermineront l'élongation de la dent. A ces inconvénients graves, il convient d'ajouter quelques complications de moindre importance, telles que l'éraillure de la dent redressée ou des dents voisines, la déchirure des tissus mous au niveau du collet de la dent, la réaction inflammatoire à tous ses degrés. On voit que le succès de cette opération doit souvent être compromis par la possibilité des accidents et complications que nous venons d'énumérer. Indépendamment de la répugnance qu'éprouveront les parents du sujet et le sujet lui-même à se prêter à cette opération, même avec les moyens d'anesthésie locale que nous possédons actuellement, nous doutons fort que beaucoup de praticiens consentent à assumer la responsabilité que fait encourir cette méthode en cas d'insuccès.

Nous croyons fermement à la supériorité d'appareils bien combinés et attentivement dirigés pour le traitement de cette anomalie ; celui-ci sera assurément difficultueux et long dans beaucoup de cas, mais il sera sans danger pour l'existence d'une dent saine et solide après tout.

Il est bien entendu que la rotation brusque est contre-indiquée lorsque les dents voisines sont serrées et que la place de la dent n'est pas assurée avant l'opération ; il sera nécessaire dans ce cas de recourir à un appareil orthopédique pour gagner l'espace indispensable à la régularisation de la dent.

Nous n'admettons donc le choix de cette méthode que dans quelques cas particuliers pour lesquels nous serions sans aucune action avec les moyens ordinaires.

Redressement immédiat par la luxation.

M. Cunningham, de Cambridge, a présenté au congrès de Chicago, en même temps que M. Bryan, une communication sur ce sujet, et il vient de faire paraître dans les numéros de juin et de juillet de cette année du *Dental Record* plusieurs observations et l'exposé de ses procédés de redressement immédiat, qu'il nous avait déjà démontrés l'année dernière à une séance extraordinaire de la Société d'Odontologie de Paris.

Les quelques succès obtenus par la rotation brusque et la facilité de réparation des cas de fracture des maxillaires lui ont suggéré l'idée de recourir à la luxation pour corriger diverses irrégularités dentaires.

M. Cunningham élargit le champ opératoire en orthopédie dentaire. A l'aide de scies circulaires aussi minces qu'une feuille de papier, il coupe l'alvéole dans sa hauteur des deux côtés de la dent à déplacer ; puis, à l'aide du davier, d'élévateurs et d'autres instruments, il pousse en dedans ou attire en dehors la dent à régulariser. Le pivotement de la dent se fait de la même manière. Les mors du davier

sont garnis au préalable, soit de gaines de caoutchouc mou ou d'or, soit de gaines de cuivre moulées et soudées de façon à s'ajuster parfaitement sur les mors; on peut également se servir d'instruments spéciaux.

Les daviers du Dr Bryan ou de Physick rendront dans certains cas de grands services.

Comme, pour tous les redressements, il importe avant tout de s'assurer la place nécessaire à la régularisation, l'extraction d'une dent cariée voisine facilite l'opération.

L'avulsion de la dent sacrifiée peut être faite quelques instants avant l'opération ou, ce qui est préférable, dans les quelques jours qui la précèdent, car l'inflammation consécutive à cette opération détermine des modifications alvéolaires avantageuses.

Le but à atteindre dans l'opération de la luxation est de déplacer chaque dent avec son alvéole entier aussi loin qu'il est possible. L'auteur dit qu'on a pu faire mouvoir ainsi jusqu'à 6 dents.

Dans les redressements faciles, la résection de la dent et de son alvéole peut se faire à l'aide de ciseaux chirurgicaux ou avec le davier à dent de sagesse de Physick.

Pour la plupart des cas, il sera bon de prendre un moulage de la bouche avant l'opération, afin de l'étudier et de pouvoir faire sur un second moulage le redressement qui doit être effectué. Ce second moulage rectifié servira aussi à confectionner un appareil de rétention, s'il est nécessaire.

La luxation terminée, les dents redressées doivent être ligaturées avec des fils d'acier argentés, ou de soie, ou bien maintenues à l'aide d'un appareil contentif de prothèse.

L'articulation sera rétablie à l'aide de meules de corindon.

Les ligatures ou l'appareil de maintien pourront être enlevés, selon les cas, 15 jours ou 3 semaines environ après l'opération, mais une surveillance active devra être exercée pendant les jours qui suivront la luxation.

L'antisepsie la plus grande est une condition indispensable du traitement. Quelques jours auparavant les dents seront nettoyées, brossées, et de fréquents lavages à l'aide d'une solution antiseptique seront pratiqués plusieurs fois par jour. Il en sera de même les jours qui suivront l'opération.

Aussitôt après la luxation, des irrigations antiseptiques détergeront les tissus ou cavités mis à nu et leur surface sera enduite de collodion tannique.

La douleur disparaît presque généralement quelques instants après l'opération.

Les inconvénients de ce traitement sont nombreux, et les observations publiées par l'auteur le prouvent.

Pour ce procédé plus encore que pour la rotation brusque, qui n'est dans cette méthode qu'un temps de l'opération, il convient de diviser les accidents qui peuvent en résulter en deux catégories :

1° Accidents immédiats ; 2° Accidents éloignés.

Les accidents immédiats que l'on peut craindre pendant l'opération sont :

La fracture de la dent et des fractures diverses des parties voisines ;

L'extraction involontaire de la dent à redresser, la déchirure de la gencive.

Les accidents éloignés qui peuvent se produire après un laps de temps variable écoulé depuis l'opération sont :

La réaction inflammatoire vive avec ses complications, périodontite aiguë ou chronique, abcès, nécrose, mortification pulpaire, chute de la dent avec ou sans résorption radiculaire.

L'auteur rapporte lui-même que, dans les différents cas qu'il a traités, plusieurs ont été causes d'accidents de ce genre.

Nous relevons comme accidents immédiats : plusieurs extractions involontaires et une perforation de la paroi alvéolaire et de la gencive due à un mouvement brusque du malade.

Parmi les accidents éloignés : un épanchement des vaisseaux sanguins de la pulpe sur la dentine qui a occasionné la décoloration rapide de la dent ; des mortifications pulpaires ; et enfin un insuccès dû à une dent réimplantée avec la pulpe vive à la suite d'une extraction involontaire.

Cette méthode est trop récente, les cas traités sont trop peu nombreux, pour que l'on puisse se prononcer nettement dès à présent sur sa valeur.

Cependant, à cause des désordres étendus qu'elle peut déterminer, nous devons nous contenter de suivre avec attention les diverses expériences entreprises par notre confrère. Nous pensons, malgré cela, que ces essais mêmes ne peuvent être tentés que sur des dents sacrifiées à l'avance, car les conséquences d'un insuccès avec ce procédé peuvent être désastreuses et ne seraient certainement pas acceptées par nos patients français.

Conclusions.

Nous devons donc conclure qu'à l'heure actuelle, nous sommes en mesure de remédier par des appareils orthopédiques à presque tous les cas d'irrégularités dentaires.

D'une manière générale, si nous avions un choix à faire parmi ces appareils, nos préférences seraient :

1° Pour les appareils extenseurs, qui permettent dans la majorité des cas d'éviter le sacrifice d'une ou de plusieurs dents saines ;

2° Pour les appareils sans plaque, les plus simples, les moins encombrants, fixés aux dents à l'aide de la bande Magill.

Quant aux procédés chirurgicaux, la rotation brusque ne devra être tentée qu'avec la plus grande circonspection et seulement dans un très petit nombre de cas.

La nouvelle méthode de luxation immédiate de M. Cunningham n'est encore qu'un essai dans cette voie. Cependant les résultats obtenus ne nous permettent pas de fonder de grandes espérances sur la valeur de ce procédé.

Mais, de ce que nous avons réalisé de grands progrès en orthopédie dentaire depuis une vingtaine d'années surtout, de ce que nous pouvons intervenir presque toujours utilement, nous ne devons pas voir sans appréhension la fréquence des irrégularités augmenter considérablement avec les progrès de la civilisation.

Il nous semble qu'il est opportun d'essayer d'enrayer cette atrophie des mâchoires de nos descendants. Les moyens à préconiser pour arriver à ce but sont peu nombreux et d'une efficacité contestable ; cependant nous croyons nécessaire d'indiquer, en ce qui nous concerne directement :

La surveillance attentive de la sortie des dents permanentes afin d'éviter la rencontre anormale des dents en voie d'éruption ; il est utile de faire examiner la bouche des enfants par le dentiste aux diverses périodes d'éruption des dents. Cet examen doit être fait tous les deux ou trois mois pendant ces périodes.

Enfin, puisqu'à ces précautions s'arrête notre rôle actif, nous devons chercher à améliorer l'état général de notre race.

L'atrésie des maxillaires étant cause dans la majorité des cas des irrégularités dentaires, c'est le développement même des os en général et des maxillaires en particulier que nous devrions essayer de favoriser.

Pour cela nous conseillerons une nourriture hygiénique appropriée, très riche en sels de chaux, capable de nécessiter un exercice de l'articulation temporo-maxillaire assez énergique.

Ainsi envisagée, la correction des anormalies dentaires demande d'autres moyens que ceux dont le dentiste peut disposer. Elle est liée à l'hygiène générale qui peut, par la renaissance des exercices physiques, par l'étude d'une diététique rationnelle, par la lutte contre les tares héréditaires, refaire après plusieurs générations des dents normales dans des mâchoires normales.

DE L'ÉLONGATION DES DENTS APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE QUELQUES CAS D'ÉROSION DENTAIRE

Par M. le Dr Cl. Martin

Hutchinson avait cru devoir établir que l'érosion dentaire était due spécialement à la syphilis. Parrot avait soutenu la même opinion. Pour Magitot, ce qu'on appelait autrefois l'éclampsie infantile serait la cause principale de cette lésion. Aujourd'hui on est à peu près d'accord pour admettre que toutes les maladies ou diathèses qui dans leur cycle déterminent des troubles de nutrition, pendant la période de l'évolution dentaire, provoquent un arrêt de développement des éléments qui composent cet organe et constituent cette lésion à laquelle on a donné le nom d'*érosion*.

La nature congénitale de cette affection et la nature des maladies qui en sont la cause n'ont pas permis d'établir un traitement effi-

cace pour la combattre. On a donc été obligé de l'abandonner à elle-même, parce que si les troubles qui la produisent sont connus, ils sont encore au-dessus des ressources de la médecine et de la thérapeutique.

Cependant les dents qui sont atteintes d'érosion ont une grande prédisposition à la carie, qui se trouve en présence d'un terrain bien préparé pour son développement. Aussi, malgré les soins précoces dont ces dents sont entourées, beaucoup d'entre elles disparaissent-elles de bonne heure ; les autres restent difformes, et comme ce sont les incisives qui sont principalement atteintes, on voit tout de suite l'importance de leur conservation.

L'érosion, qui est principalement constituée par une solution de continuité de l'émail, sera plus ou moins accentuée selon que l'affection aura été grave ou bénigue. Suivant aussi la place qu'elle occupera sur l'organe, on pourra déterminer approximativement l'âge où elle s'est produite.

Si les troubles nutritifs ont été de courte durée, l'érosion sera représentée simplement par quelques altérations de l'émail, placées sur une même ligne parallèle au bord tranchant de la dent, lorsque ce n'est pas ce dernier qui est intéressé. Si ces troubles nutritifs se sont produits par poussées successives, la lésion sera formée par une série de lignes superposées, et, dans les cas d'affections graves, ces lignes pourront devenir très profondes et former des sillons à peine interrompus sur quelques points par des parties d'émail déjà bien altéré. Comme cette altération comprend au même niveau tout le pourtour de la dent, on voit quelquefois le sillon interne rejoindre presque le sillon externe, si bien que la dent est à peine réunie par une faible lame d'ivoire.

Dans d'autres cas cette réunion sera formée par deux minces lames d'émail atrophié, à peine séparées par une légère couche de dentine. Enfin, mais exceptionnellement, il ne restera plus de la dent qu'une lame d'ivoire jaune sans résistance, sur laquelle on pourra encore trouver quelques îlots d'émail sans caractère adamantin bien défini.

L'étude micrographique que Magitot a faite de l'érosion dentaire nous a montré que la dentine, de même que l'émail, portait les traces de cette altération, si bien que dans quelques cas ces dents n'offrent aucune résistance ; elles s'égrènent petit à petit lorsqu'elles ne cassent pas complètement, sous le moindre effort, laissant une brèche des plus désagréables au point de vue de l'esthétique, sans parler des autres inconvénients.

Comme je l'ai déjà dit, les incisives sont rarement atteintes sur toute leur surface, mais trop souvent la lésion s'étend sur 4 ou 5^{mm} de hauteur. Lorsque cette dernière n'est pas trop accentuée, on pourra, par des obturations judicieuses, conserver ces dents encore assez longtemps ; mais si l'érosion est profonde, l'intervention conservatrice deviendra d'autant plus difficile que dans la majorité de ces cas la dentine est d'une grande sensibilité, et, si l'on réussit à faire une obturation, elle ne peut avoir le plus souvent qu'une durée éphé-

mère, car peu de temps après ces dents s'effritent, se fragmentent, jusqu'à ce que toute la partie altérée s'élimine en laissant un vide difficile à combler.

Lorsque les dents sont à cette période, la partie mise à nu n'est généralement plus sensible, lors même que la lésion a dépassé la limite habituelle de la cavité pulpaire. C'est que dans ces cas, comme dans les caries ordinaires, la pulpe a réagi, elle s'est défendue en interposant une barrière de dentine secondaire contre l'envahissement de cette altération. Aussi, après avoir, avec une lime, régularisé les bords de la dent, on voit l'ivoire mis à nu devenir presque aussi dur que l'émail. Il ne reste plus qu'un tronçon de dent qui a toute la vitalité et la résistance d'une dent saine, qui sera susceptible d'être allongée et par là de reprendre ses fonctions physiologiques.

L'année dernière, j'ai entretenu la Société de médecine de Lyon des moyens que j'avais employés pour allonger les dents cassées ; c'est ce procédé que je viens d'appliquer au traitement d'érosions siégeant sur deux dents que j'ai régularisées ensuite chez un jeune homme de 16 ans et dont je vous présente les moulages avant et après l'opération.

Par ces moulages, on peut se rendre compte de l'étendue de la lésion qui commence vers le bord libre pour s'arrêter au milieu de la dent, c'est-à-dire sur une hauteur de près de 0,005^{mm} ; ces dents dans leurs parties altérées n'avaient pas plus de 1^{mm} 1/2 d'épaisseur.

Je ne reviendrai pas sur la description de l'appareil que j'ai déjà présenté à la Société de médecine (séance du 16 juillet 1894), et qui a servi à obtenir ce résultat. Je vous rappellerai seulement qu'il consiste en une plaque métallique qui prend son point d'appui sur la voûte palatine et sur les dents. Sur cette plaque est soudé un fil de même métal qui vient, en forme de pont, passer à 6 ou 7^{mm} au-dessus des dents qui doivent subir l'élongation. Ce fil servira de résistance et sur celui-ci passera une rondelle de caoutchouc qui viendra se fixer de chaque côté de la dent à allonger, et qui par sa tension attirera cette dent dans la direction de la résistance.

La figure 1 représente les dents avant toute intervention.

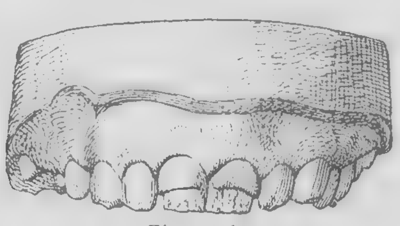


Figure 1.

La figure 2 représente ces mêmes dents après leur élongation. Les points noirs qui figurent au milieu des parties érodées représentent

les trous qui ont servi de points d'attache à la rondelle de caoutchouc pour faire la traction.

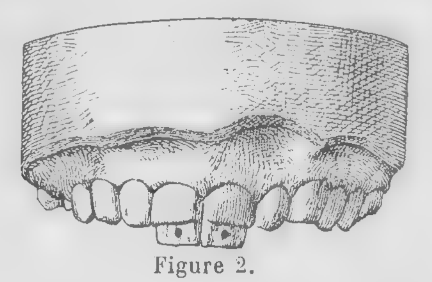


Figure 2.

La figure 3 représente toujours ces mêmes dents après la section de toute la partie sur laquelle avait porté l'érosion.

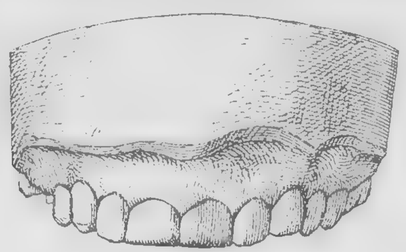


Figure 3.

Ces moulages me permettent de vous démontrer que cette affection, qui jusque-là avait été abandonnée à elle-même, n'est plus, dans bien des cas, au-dessus d'un traitement bien dirigé.

TRAITEMENT DE CERTAINES ANOMALIES DE DIRECTION PAR L'EXTRACTION PRÉMATURÉE DES DENTS TEMPORAIRES.

Par M. Godon,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication au Congrès dentaire national.

Nous devons féliciter la commission d'organisation d'avoir mis à l'ordre du jour de ce premier Congrès dentaire national la question du redressement des dents. C'est une des plus intéressantes de notre pratique. Quoique beaucoup de praticiens s'en soient déjà occupés et qu'elle ait fait en France et à l'étranger dans ces dernières années l'objet de publications spéciales fort bien conçues, elle offre encore matière à des recherches et à des discussions, comme on le voit dans l'excellent rapport de notre collègue et ami M. Martinier sur l'état des connaissances actuelles en orthopédie dentaire.

Mais la question mise à l'ordre du jour du Congrès porte surtout sur les redressements avec présentations d'appareils, et le cas spécial de redressement dont je veux vous entretenir aujourd'hui a pour but de prévenir l'emploi de tout appareil.

Permettez-moi de vous présenter d'abord l'observation qui fait l'objet de cette communication.

Il s'agit d'un cas de prognathisme de la mâchoire inférieure à l'époque de la dentition temporaire, prognathisme qui a été évité dans la dentition permanente par l'extraction prématurée de certaines dents temporaires, comme vous pouvez le voir par la série des modèles que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau.

1[er] *modèle*. — Le 12 juin 1891, l'enfant X, âgée de 7 ans, ne possède encore que ses dents temporaires, mais la sortie des premières molaires permanentes est imminente. Le prognathisme de la mâchoire inférieure est très accentué, tant sur la face que sur les mâchoires, dont l'articulation des dents est absolument intervertie, les 4 incisives supérieures sont en rétroversion, c'est-à-dire entièrement en arrière des 6 dents inférieures qui sont en antéversion.

Si la bouche reste livrée à elle-même, que va-t-il se passer ?

A la chute des incisives centrales temporaires inférieures, les dents permanentes prendront, par suite des obstacles divers résultant de cette direction des dents temporaires, la même direction vicieuse que celles qu'elles remplacent ; il en sera de même pour les incisives centrales supérieures et pour les incisives latérales des deux mâchoires, et alors la difformité ne pourra plus être corrigée que par un appareil de redressement.

Pour éviter cela, dès que les signes précurseurs de la poussée des dents inférieures se manifestèrent, j'enlevai les incisives centrales temporaires de la mâchoire inférieure d'abord. Puis, sitôt que les incisives inférieures apparurent, j'enlevai les dents temporaires antagonistes, soit les incisives centrales supérieures.

Les incisives centrales inférieures, ne rencontrant plus d'obstacle, poussèrent normalement. Il en fut de même pour les incisives centrales supérieures.

Je procédai d'une façon identique pour les incisives latérales et j'obtins un résultat aussi satisfaisant.

2[e] *et* 3[e] *modèles* (octobre). — Etant resté quelques semaines sans examiner cette bouche, je constatai que l'incisive latérale gauche se trouvait engagée un peu en arrière de son antagoniste inférieure. Je fis séance tenante une petite gaine en platine ayant la forme d'une couronne dont le bord libre se terminait en plan incliné et je le fixai sur l'incisive latérale inférieure avec du ciment. Je retirai cette gaine trois jours après, la dent supérieure ayant repris une direction normale.

4[e] *modèle* (avril 94). — Les dents de la mâchoire supérieure étant toujours très irrégulières, quoique suffisamment poussées et emboîtant régulièrement les dents inférieures, je pratiquai l'extraction des canines supérieures temporaires.

5[e] *modèle* (décembre 94). — Les incisives des deux mâchoires

sont régulièrement rangées, comme on peut le voir dans le dernier modèle que je vous présente.

Cette observation montre que si, au moment de la seconde dentition, quand le remplacement des dents temporaires est sur le point d'être effectué, le praticien intervient utilement par l'extraction judicieuse de certaines dents temporaires formant obstacle, il peut amener des modifications de direction dans l'éruption des dents permanentes sans le secours d'aucun appareil, de telle sorte qu'elles n'offrent plus dans leurs rapports d'articulation les caractères anormaux qu'elles auraient pu présenter sans cette intervention, comme on vient de le voir dans les diverses phases de l'observation que j'ai eu l'honneur de vous présenter. Cette intervention immédiate évite ainsi des déviations, que l'on ne pourrait plus tard corriger que par un long traitement, et l'emploi des appareils employés en orthopédie dentaire.

En effet, dans les anomalies de direction analogues à celles que je viens de vous montrer, au moment de la chute de la dent temporaire inférieure et de son remplacement par la dent permanente, que se passe-t-il ? La dent inférieure, en suivant un trajet alvéolaire analogue à celui de la dent temporaire, fera saillie au dehors, et dans sa marche ascendante rencontrant comme obstacle la dent supérieure, donnera lieu à la même anomalie de direction, et le prognathisme sera permanent.

Mais cet obstacle qui oblige la dent à poursuivre une fausse direction, ne pourrait-on pas le supprimer? Si, et la suppression de cet obstacle, c'est-à-dire l'extraction prématurée de la dent temporaire antagoniste, c'est le procédé de traitement préventif pour éviter le prognathisme des dents permanentes du maxillaire inférieur dont je viens de vous parler. En effet, la dent permanente inférieure, ne rencontrant plus d'obstacle l'obligeant à dévier en avant, par la pression de la lèvre d'abord puis par une tendance naturelle, reviendra à sa place normale.

La dent supérieure à son tour, rencontrant dans son évolution l'obstacle occasionné par la présence de la dent permanente inférieure, passera normalement en avant. Il en sera de même pour les autres dents. Ainsi, en enlevant les dents temporaires formant obstacle à l'arrangement normal des dents permanentes, celles-ci prennent leur position naturelle dans les arcades dentaires.

La seule irrégularité qui se soit produite dans le cours du traitement que je viens de vous rappeler, et qui était due à un défaut de surveillance et à un retard dans l'application de ce traitement, confirme une fois de plus ce que nous venons d'indiquer sommairement. Aussi cette observation me conduit-elle à vous présenter la conclusion suivante :

Lorsqu'il existe du prognathisme de la mâchoire inférieure par suite d'antéversion des dents de la 1re dentition de cette mâchoire, il est souvent possible d'éviter cette anomalie dans les dents permanentes en surveillant attentivement l'éruption de dents de la 2e dentition et en enlevant les diverses dents temporaires des deux mâchoires formant obstacle, à mesure qu'apparaissent les dents permanentes *antagonistes*.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

Séance d'ouverture.

PRÉSIDENCE DE M. DESPAGNET, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE DROIT, ADJOINT AU MAIRE DE BORDEAUX

DISCOURS DE M. DESPAGNET

Mesdames, Messieurs,

En écoutant la remarquable conférence que vous venez d'entendre, j'éprouvais quelque sentiment de confusion de prime abord, en remarquant les compliments qui étaient adressés d'abord à ma modeste personne et ensuite à la municipalité que je représente aujourd'hui devant vous.

Heureusement que ce sentiment de confusion que je venais d'éprouver a été promptement dissipé en trouvant sa justification, grâce à une indication précieuse que vient de nous donner M. Dubois.

Si à Bordeaux nous avons fait quelque chose pour les dentistes, c'est par pur égoïsme, puisque nous avons des dents déplorablement mauvaises. *(Applaudissements.)*

Pour ma part, cependant, je suis absolument désintéressé dans la question ; puisque je ne suis pas Girondin, le pronostic ne me touche donc pas, mais je retiens néanmoins ledit pronostic et j'en profite pour vous dire que non seulement par égoïsme mais du fond du cœur la municipalité bordelaise vous remercie et qu'elle continuera à faire encore plus qu'elle n'a fait jusqu'à présent. Ceci, je puis vous le promettre en mon nom et au nom de la municipalité.

Elle est bien pénétrée, soyez-en certains, non seulement des services immédiats et particuliers que vous pouvez rendre, mais aussi de votre coopération au bien général, qu'elle se manifeste sous forme de collaboration directe dans les dispensaires, dans les hôpitaux, les écoles, partout en un mot où l'humanité souffrante demande le secours de la science, ou encore qu'elle se manifeste par des réunion comme ce congrès.

Depuis le début de l'Exposition, la ville de Bordeaux a eu la bonne fortune d'être le siège d'un grand nombre de congrès, et à tous elle a accordé une hospitalité bienveillante qu'elle s'efforce de rendre généreuse à l'occasion, parce que le but de tous ces congrès est de travailler au bien général, de développer le patrimoine scientifique et intellectuel et de remédier, les uns aux souffrances physiques de l'humanité comme d'autres s'efforcent de remédier à ses souffrances morales et économiques.

Vous continuez la tradition des congrès qui vous ont précédés dans cette enceinte et c'est pourquoi la ville de Bordeaux est heureuse de vous offrir l'hospitalité et de vous le prouver de la manière qu'il lui est possible en vous réunissant dans cette salle. Elle cherche par là à reconnaître l'aide que vous lui apportez sous forme de

soins gratuits et de cliniques et elle vous prie de recevoir les remercîments que je vous adresse en son nom.

Vous les méritez d'ailleurs, Messieurs, car vous êtes vos propres ouvriers en même temps que vos maîtres. Contrairement à une habitude invétérée du caractère français et qui deviendra funeste, habitude qui consiste à tout demander au gouvernement, vous vous êtes faits vous-mêmes sans rien attendre des pouvoirs publics. Imitant ce qui se passe dans un pays ou vos collègues ont fait de grands progrès, vous vous êtes organisés, et c'est de la sorte que vous êtes arrivés aux résultats que nous voyons aujourd'hui.

Si vous aviez attendu quelque chose de nos honorables de la Chambre, qui pourtant ont souvent besoin de vous, ou de ceux du Sénat, qui en ont encore plus besoin, cette attente aurait pu être longue.

Ils ne vous avaient fait en effet aucune place dans un enseignement public et ne s'étaient pas préoccupés de vous accorder ces privilèges indispensables soit à la sauvegarde, soit au progrès de la corporation.

Cette lacune a été comblée bien tard par la loi du 30 novembre 1892 que vous connaissez tous.

J'ignore si elle satisfait tout le monde et si elle ne lèse les intérêts de personne. J'en doute un peu, car ce serait la première de toutes les lois qui aurait satisfait tout le monde et je crois que cette loi est encore à faire ; quoi qu'il en soit, dans cette loi, nous trouvons deux choses : l'une secondaire et l'autre importante.

La première, la chose secondaire, c'est qu'on vous a reconnus officiellement après que vous étiez créés. La seconde, la chose importante, c'est qu'on vous a reconnu le droit de vous grouper, de vous associer, de vous affirmer, et c'est là votre force. En vous réunissant comme vous le faites maintenant, vous pouvez constituer des associations et former un syndicat sous les réserves de l'art. 13. Je crois que ces réserves sont inutiles, car un syndicat de dentistes ne troublera jamais l'ordre public. En vertu de cet article 13, vous ne pouvez en voûs associant « agir ni contre l'Etat, ni contre les » départements, ni contre les communes ». Voici une condition qu'il est parfaitement inutile de soulever à Bordeaux et à laquelle ici nul ne songerait. Il ne peut y avoir entre vous et la municipalité de Bordeaux qu'une collaboration utile. Jamais un syndicat de dentistes ne se trouvera ici en désaccord avec la municipalité.

D'ailleurs ce serait peut-être abuser de la métaphore que de vous dire que la ville de Bordeaux ne peut avoir une dent contre vous, ce qui lui serait difficile, et vous, de votre côté, vous êtes incapables d'abuser de votre profession pour en garder une contre elle. *(Applaudissements et rires.)*

Messieurs,

Soyez donc les bienvenus, livrez-vous à vos travaux, organisez-vous, préparez-vous solidement à faire l'avenir et comptez non seulement sur notre concours dans la mesure où il vous a été accordé

jusqu'à ce jour, et dans une mesure plus grande encore si nous le pouvons, mais aussi sur notre sympathie. Cette sympathie, je le sais par expérience, est justifiée par les précieuses amitiés qu'on peut avoir parmi vous, et enfin, nul ne peut être assuré de ne pas avoir besoin de vos services et vous avez à soutenir cette réputation qui fait de vous des hommes heureux, puisque la plus coquette des femmes trouve auprès de vous un soulagement. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. DUBOIS,

Président du Bureau National.

Monsieur le Président,
Mes chers confrères,

A l'avenir, vous désignerez à l'avance ceux qui devront préparer le travail de vos séances et auront ensuite l'honneur de diriger vos débats. Cette année, placés dans une situation particulière, anormale, nous n'avons pu procéder d'une manière absolument régulière et nous avons été obligés de faire les choses autrement que nous aurions souhaité qu'elles fussent faites. Malgré cela, vous avez décidé que ceux qui ont été à la peine doivent être à l'honneur et, au nom de la Commission d'organisation, au nom de tous mes collègues, je vous remercie de cette récompense de nos efforts.

Qui ne serait honoré et fier d'avoir à présider les travaux du premier Congrès Dentaire National ?

Ce congrès nous fait entrer dans une voie nouvelle, il inaugure une période où nous trouverons pour notre art des conditions de développement plus grandes que par le passé, en rapprochant les dentistes du Nord et du Midi, ceux de l'Est et de l'Ouest, en les faisant travailler en commun à l'édification de la science odontologique, à l'union de tous les hommes de bonne volonté, épars sur notre territoire, en leur permettant d'augmenter la valeur et le renom du dentiste français.

Jusqu'à ce jour nous ignorions personnellement beaucoup d'hommes de valeur que le hasard des circonstances et les nécessités de la lutte pour la vie ont placés au-delà de notre horizon habituel, et je suis convaincu qu'après nos réunions annuelles nous estimerons plus haut tel modeste confrère de province, auquel nous aurons fourni l'occasion de présenter des travaux qui manquaient de public et d'occasion pour être mis en lumière.

Les bonnes fées ont entouré notre congrès dès le berceau. Nous avons eu la chance de rencontrer dans nos collègues du bureau local les meilleures conditions pour le travail en commun : l'esprit de conciliation, le sacrifice à tout ce qui sert l'œuvre poursuivie. Ils se sont dévoués à cette tâche difficile de tout nous préparer : des relations locales, et des instruments de démonstration. Nous ne saurions trop remercier publiquement devant cette assemblée MM. les Drs Guénard et Dunogier, qui ont entamé les premières négociations avec nous. Ainsi que nos dévoués secrétaires généraux

et particulièrement M. Rousset, qui a eu une grande part de la charge du travail préparatoire.

C'est à eux qu'est dû en grande partie le succès de cette entreprise difficile.

Nous avons également à remercier nos confrères de la Société odontotechnique, dont le président, M. Ducournau, est parmi nous aujourd'hui, et dont beaucoup de membres sont parmi les congressistes. Nous avons pu voir en cette circonstance qu'il n'était pas téméraire de compter sur toutes les forces vives de la corporation lorsqu'il s'agit de l'intérêt général.

Nous avons eu le concours de l'Association des dentistes du Sud-Est et nous la remercions de s'être fait représenter officiellement à cette réunion et de nous avoir apporté des éléments précieux.

Nous avons enfin à exprimer notre reconnaissance à la municipalité de Bordeaux, si libérale et si progressiste, qui a bien voulu déléguer l'un de ses magistrats les plus éminents, pour venir inaugurer nos travaux et nous dire que non seulement elle nous conviait à voir le spectacle unique de cette grande et merveilleuse ville qui n'a pas besoin d'exposition pour attirer les étrangers, mais encore qu'elle nous ouvrait les portes de ses palais et nous conviait à travailler sous son égide.

Après vous avoir dit quelles dettes nous avions contractées vis-à-vis de nos hôtes, j'aurais voulu vous parler d'un problème qui me hante depuis longtemps et sur lequel je serais heureux de susciter des travaux : la distribution géographique des édentés en France. Je suis d'autant plus incité à l'aborder ici que ce département est l'un de ceux où il soulève des préoccupations d'hygiène et de science auxquelles nous ne pouvons échapper comme dentistes et comme Français.

Comment se fait-il que sur la carte que j'ai dressée en 1889, ce beau département figure avec une tache sombre ? Pourquoi, dans l'ordre statistique que j'ai établi, figure-t-il le 84e, c'est-à-dire l'un des plus défavorisés ?

Cette région heureuse entre toutes, cette vallée si riche en contrastes où le bien-vivre est facile, contient des populations à mauvaises dents.

Et pourtant, les Bordelais ne sont pas condamnés au jus acide de la pomme, les coteaux fleuris qui vous entourent produisent ce vin qui va porter dans l'univers le nom et l'une des meilleures choses de notre cher pays. Et malgré cette boisson, ce nectar des dieux, ceux qui la font et la dégustent ont des dents généralement défectueuses.

Cette particularité soulève des interrogations aux réponses difficiles, surtout quand on jette un regard d'ensemble sur le nombre des édentés dans la région du Sud-Ouest. Entre des populations de même vie, de même climat, qui existent et procréent dans le même milieu depuis des siècles, on constate des différences très sensibles et qu'il est bon de signaler.

La Gironde a 1774 exemptés pour 100.000 examinés et l'Aude

n'en a que 138. Les Landes en ont 2.179 et les Pyrénées-Orientales 205. On n'est pas ici en présence de faibles différences, mais, au contraire, de dissemblances criantes dont les causes doivent être recherchées non seulement par une étude générale comme celle que Boudin, Magitot, Chervin et moi, nous avons tentée, mais encore par une analyse détaillée des éléments en présence. On a dit avec raison que la géographie médicale dressée en vue de l'étude anthropologique ne devait pas se contenter de grouper les chiffres d'après l'unité artificielle : le département, mais bien plutôt par les communes et les cantons, qui sont des unités réelles et ayant une valeur documentaire incontestable.

Il est impossible de faire un travail d'ensemble sur toute la France en se basant sur le canton et encore plus sur la commune, mais pour une région limitée à un ou plusieurs départements, cela est relativement facile.

Je signale cet ordre de recherches aux travailleurs et particulièrement aux jeunes dentistes de cette région, comme une mine féconde qu'il y a devant eux, s'ils veulent compulser les registres de recensement militaire de leur pays.

Les résultats scientifiques seraient incalculables si quelques dentistes voulaient faire pour leur département ce que M. Duché a fait pour le département de l'Yonne et Chervin pour le département de la Seine-Inférieure.

Quoi qu'il en soit et dans l'état actuel de la question, nous avons déjà des données qui ne sont pas sans valeur, car leur étude nous conduit à des conclusions assez inattendues. Puisque la région dont cette grande ville est la capitale a des conditions climatériques, alimentaires, hygiéniques, analogues; puisque le milieu est le même de Biarritz à Périgueux et de Bordeaux à Montpellier, on devrait trouver que les populations de ce grand quadrilatère ont des dents semblables ou quelque peu différentes. Il n'en est pas ainsi, comme je le disais tout à l'heure, et les différences sont considérables, se chiffrant de 1 à 10. Le milieu n'explique donc rien et l'on est obligé d'invoquer un autre ordre de causes. Lequel ? L'origine ethnique. Celle-ci est différente pour l'habitant de Montpellier ou de Narbonne et celui de Dax ou de Bordeaux. Dans l'Hérault, dans l'Aude et dans les Pyrénées-Orientales, nous sommes en présence d'une ramification de la souche celtique, dont les descendants sont venus du plateau Central pour s'établir sur la Méditerranée, tandis que dans la Gironde et les Landes, nous constatons que les populations ont une autre origine, que le type ibérique y domine. Il est certain que les races d'invasion qui sont venues se fixer tout d'abord à l'estuaire de la Gironde avaient entre autres caractères anthropologiques des dents mal constituées et que ce caractère s'est transmis à travers les âges.

L'origine ethnique étant l'hypothèse la moins contestable comme cause de mauvaises dents montre toute l'étendue du problème posé devant nous. Si vraiment les dents des habitants de cette région résultent de défectuosités originelles, cela donne à croire qu'il s'écou-

lera bien du temps avant que le dentiste soit passé à l'état de souvenir historique.

Si les causes du mal sont si profondes, si anciennes et si persistantes, comment y remédier? Eh bien! nous ne sommes pas désarmés, nous sommes même loin de l'être, car si en odontologie la science des causes est à peine éclaircie, la thérapeutique est plus avancée; cette dernière confine même à la perfection, quand les organes à soigner ne sont pas arrivés aux derniers stades de la décomposition.

Pour le dentiste moderne, bien outillé, bien préparé, comme ceux qui me font l'honneur de m'écouter, le succès atteint à peu près la totalité des cas traités. C'est à peine si un praticien compétent et exercé compte 4 à 5 insuccès sur mille caries traitées. Dans quelle autre branche de l'art de guérir obtient-on de semblables résultats? La complexité des organes largement vasculaires crée au médecin une tâche beaucoup plus compliquée. Les éléments minéraux qui constituent la dent pour la plus grande part s'opposent à son autoréparation, mais favorisent cette réparation par les ressources de l'art et font que le dentiste peut et doit être heureux.

Notre thérapeutique est donc efficace; mais cela n'est pas suffisant, il faut que l'hygiène le devienne également. Il vaut mieux prévenir que guérir. Cela est-il possible en matière de dents? La démonstration n'est pas à faire ici. Il est bien évident que si les générations qui nous succéderont ont appris à l'école que, dans la bouche comme dans le reste de l'organisme, le microbe est un ennemi toujours présent, toujours actif et que la conservation de la santé tient à sa destruction spontanée ou provoquée, si elles ont appris que la bouche est l'habitat de nombreuses variétés microbiennes, que sa santé est souvent le corollaire de la santé de l'individu et qu'en conseillant l'antisepsie buccale nous aidons au maintien de la santé générale, je suis bien convaincu qu'à la longue la thérapeutique et l'hygiène combinées effaceront peu à peu les défectuosités originelles fondamentales des tissus dentaires et que nous arriverons à donner à nos successeurs, ainsi que le dit mon ami Martinier dans son rapport, « des populations à dents normales » dans des bouches normales ».

Nous n'en sommes pas encore là. Pour cette action hygiénique et thérapeutique, nous devons faire appel au concours des pouvoirs publics. C'est à eux à nous aider quand nous donnons dans nos écoles et dans nos dispensaires des soins aux véritables indigents.

Ce premier devoir a été compris depuis longtemps par la municipalité de Bordeaux et je suis heureux de rappeler ici qu'elle a été des premières à installer dans cette ville un service dentaire pour les malades indigents. (*Applaudissements.*)

C'est aux pouvoirs publics à nous aider pour que le professeur donne à ses élèves des notions d'hygiène de la bouche, dont le premier et pour ainsi dire le seul article est la propreté. Il n'est pas plus difficile d'inculquer aux enfants que la propreté de la bouche importe autant que la propreté du visage et des mains et qu'on peut, par elle, faire beaucoup pour la conservation d'organes indispensa-

bles à nos fonctions physiologiques, à la grâce et à l'élégance de la face humaine et faire que, dans l'avenir, le sourire des femmes ne crée pas la suspicion de la dent gâtée.

Vous voyez, messieurs et chers confrères, tout ce que nous avons à faire pour notre part et aussi tout ce que nous avons à signaler à ceux qui ont charge de la santé publique.

Nous devons être des forces alliées. Notre devoir est de répandre dans notre entourage les prescriptions de l'hygiène dentaire afin qu'elles deviennent pour les enfants, puis pour les hommes, de règles suivies par la force de l'habitude. C'est à ce prix que nous remonterons la pente fâcheuse où nous glissons et que nous pourrons reconstituer un système dentaire normal pour ceux qui nous suivront.

J'ai fini. Mais avant de terminer j'aurais voulu vous dire quelques mots sur la genèse de ce congrès. MM. les secrétaires généraux vous feront connaître tout à l'heure comment furent menées les premières négociations et le chemin assez long que nous avons dû parcourir pour être aujourd'hui réunis.

Je laisserai de côté l'œuvre de ces derniers mois et je remonterai plus haut. Les origines de ce congrès, elles sont dans les premiers essais d'organisation de notre profession.

Il ne nous aurait pas été possible de faire appel aux dentistes de toutes les parties de notre territoire, s'il y a quinze ans nous n'étions pas sortis de notre léthargie, s'il y a quinze ans nous n'avions pas posé les bases d'une organisation professionnelle en faisant appel au concours de toutes les bonnes volontés, si nous n'avions pas arraché les dentistes à cet état atomique pour en faire un corps vivant servant les intérêts professionnels et par suite les intérêts généraux de la nation. *(Applaudissements.)*

C'est aussi parce qu'il y a sept ans nos confrères de Bordeaux ont à leur tour senti la nécessité de se grouper pour créer dans cette ville un centre d'études et de ralliement que nous avons entamé avec eux des négociations et que nous avons voulu rendre justice à leur œuvre en décidant que la première société provinciale française devait avoir l'honneur d'organiser le premier congrès dentaire national français. *(Applaudissements.)*

C'est enfin parce que nous avons relégué au second plan les préoccupations particulières et parce que nous avons vu avant tout le bien général à faire que nous avons pu nous grouper, que nous avons pu nous réunir et avoir une réunion comme celle-ci.

Quoi qu'il arrive, malgré les difficultés de fonctionnement, malgré les difficultés de fondations, nous avons fait les uns et les autres œuvre bonne et nous pouvons nous présenter le front haut devant tous. Nous semons aujourd'hui, nos successeurs récolteront à leur tour, car c'est parce que nous avons peiné, parce que nous avons travaillé, parce que nous avons semé que nous voyons maintenant se développer de si florissantes moissons. *(Applaudissements répétés.)*

DISCOURS DE M. LE Dr GUÉNARD,

Président du bureau local.

Messieurs,

Il était loin de mon esprit en 1889 qu'il fût possible, après le congrès international de Paris, de réunir un nombre suffisant de praticiens pour faire un nouveau congrès; mais, les années et les tendances scientifiques aidant, je vois que je m'étais trompé. La preuve, Messieurs, c'est que 130 praticiens, venus de tous les points de la France et même de l'étranger, se sont associés pour prouver la force et la vitalité de notre corporation.

Nous voici tous réunis, gens du Nord, de l'Est, du Centre, du Sud, de l'Ouest, du Sud-Est et du Sud-Ouest, pour prouver que l'art dentaire, depuis le Congrès de 1889, a besoin de se faire connaître sous son nouveau jour.

Depuis cette époque notre art a fait des progrès énormes, et ce qui le prouve c'est le nombre et la qualité surtout des communications qui sont inscrites à notre ordre du jour. J'espère que tous ici nous en profiterons et que ce premier congrès dentaire national sera un prélude heureux de nos congrès annuels.

Etrangers et Français, Parisiens et Provinciaux, je vous souhaite à tous la bienvenue ; oui, soyez les bienvenus, vous qui avez tout quitté pour vous associer à nos travaux ; soyez les bienvenus, vous qui êtes ici présent, et qu'ils soient aussi compris dans ce nombre ceux qui n'ont pu se rendre à notre appel, et qui cependant se joignent à nous par la pensée.

Tous nous ne devons former qu'une famille, et c'est pour cela, Messieurs, que j'associe les absents à nos travaux. J'espère que cette façon d'agir leur sera sensible et qu'à notre prochaine réunion les absents d'aujourd'hui seront les premiers à venir à nous pour travailler, et donner plus d'éclat à notre prochaine assemblée.

Merci donc, Messieurs, d'avoir bien voulu adhérer à notre congrès et d'avoir pris la peine de venir dans cette ville pour cette circonstance.

Des questions importantes vont être traitées devant vous, questions qui touchent essentiellement à notre profession. J'espère que vous, vous prendrez part à ces discussions, car chacun de vous apporte son idée, et c'est de l'échange des idées que jaillit la lumière.

Votre comité local a fait tout ce qu'il a pu pour la réussite de notre congrès. Grâce à vous, grâce surtout à la municipalité bordelaise et à la société philomatique, la tâche nous a été plus facile.

Merci à nos collaborateurs du bureau local et du bureau national, merci surtout à M. Despagnet, représentant la municipalité de Bordeaux, qui nous a accordé, au nom de la ville, tout ce que nous lui avons demandé, et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence officielle de notre congrès.

C'est, Messieurs, dans les murs de la ville de Bordeaux que va s'ouvrir la 1re session des congrès dentaires nationaux, tout comme

s'y est ouvert autrefois le 1er congrès pour l'avancement des sciences.

Le succès obtenu par ce congrès est un sûr garant pour le nôtre et j'espère, Messieurs, que la bonne ville de Bordeaux sera pour les sciences dentaires ce qu'elle a été pour les sciences en général, le berceau de leur vulgarisation. (*Applaudissements.*)

RAPPORT DE M. LE Dr SAUVEZ,

Secrétaire général.

Messieurs et chers Confrères,

Le mot rapport est bien prétentieux pour les quelques mots que je dois vous adresser. Je n'ai, en effet, qu'à vous exposer la naissance, la genèse de ce congrès et les détails de son organisation.

Je tiens, avant tout, à remercier tous ceux qui ont bien voulu se rendre à notre appel et apporter le concours de leurs lumières à ce premier congrès national qui, je le souhaite, sera l'aurore d'une nouvelle ère de progrès.

Il y a déjà quatre ans environ que l'idée d'organiser un congrès dentaire national commença à germer dans l'esprit de certains de nos confrères, que l'on trouve toujours en avant, lorsqu'il s'agit de rendre service à la profession.

C'est, en effet, en 1891 que M. Dubois présenta, à la Société d'odontologie, un projet de congrès dentaire national qui fut tout de suite appuyé par la plupart d'entre nous.

Frappés du succès et de l'utilité pratique des congrès dentaires de Washington en 1887 et de Brighton en 1889, MM. Dubois, Godon et Ronnet avaient pensé qu'il serait bon d'organiser en France une réunion annuelle où les dentistes français pourraient échanger leurs vues et examiner, non seulement, les questions scientifiques et pratiques intéressant notre art, mais encore les moyens de défendre les intérêts professionnels dans leurs rapports avec les pouvoirs publics et les lois.

Cette idée sommeilla pendant trois ans et c'est seulement en 1894 que M. Dubois proposa la constitution d'une commission pour reprendre le projet de 1891 et organiser un congrès dentaire national en 1895.

Des circonstances fortuites amenèrent à cette époque à Paris l'un des membres du bureau de la Société du Sud-Ouest, M. le Dr Dunogier. De l'échange de vues entre M. Dunogier et les membres de la Commission de Paris résulta un commencement d'accord entre le but commun à poursuivre par les deux Sociétés.

En raison de l'exposition qui devait avoir lieu à Bordeaux et des divers congrès qui devaient tenir leurs assises dans cette ville à cette époque, le choix se porta sur la grande cité bordelaise comme lieu de réunion du congrès dentaire national.

C'est à ce moment que les préparatifs commencèrent activement. Les divers membres des Commissions de Bordeaux et de Paris

entrèrent en communication et se mirent d'accord pour l'organisation.

Afin de montrer que l'Ecole dentaire de Paris et la Société du Sud-Ouest avaient l'intention d'élargir le plus possible la réunion, on fit appel à l'Ecole dentaire de France, à la Société dentaire du Sud-Est, ainsi qu'à tous les groupements professionnels existant en France.

Cet appel fut entendu et nous avons eu la bonne fortune de réunir un nombre d'adhérents assez considérable pour nous récompenser de nos efforts.

Une première circulaire fut envoyée le 31 janvier 1895 ; peu après, les demandes d'inscriptions affluèrent, si bien qu'à l'heure actuelle nous sommes environ cent cinquante dentistes venus de tous les points de la France pour travailler en commun. Nous avons le plaisir de compter également parmi nous quelques confrères de l'étranger, de l'Espagne notamment.

La Commission d'organisation de Paris et celle de Bordeaux ont pensé qu'il était utile, pour simplifier le travail, de le diviser en plusieurs sections.

Vous avez pu voir par les circulaires qui vous ont été adressées comment sont réparties ces sections.

Vous avez pu constater que toutes les branches de notre profession sont représentées et que les diverses sujets à traiter ont trouvé leur place.

Nous avons pensé de même qu'en dressant une liste des questions nous donnerions aux adhérents de précieuses indications en attirant leur attention sur celles qui les intéresseront plus particulièrement.

Après ce travail d'organisation, il restait à provoquer les communications. Vous verrez qu'à ce point de vue nous sommes riches, non seulement en quantité, mais encore en qualité.

Depuis le congrès de 1889, et même depuis le congrès de Rome, dont j'ai eu l'honneur de faire partie comme délégué de l'Ecole dentaire de Paris, bien des événements sont survenus.

La plupart des dentistes de France ont subi, en effet, des examens devant la Faculté de médecine de Paris, et les travaux préparatoires que ces examens ont nécessités ont forcément élevé la valeur des divers membres de notre profession.

L'ère de la réglementation, si longtemps attendue, nous a forcés tous à travailler plus spécialement les divers points de notre art, à acquérir de la méthode et une somme de connaissances générales et spéciales plus considérable ; nos congrès s'en ressentiront forcément de plus en plus.

Certes, pour ma part tout au moins, je trouve regrettable que certaines divergences d'opinions nous privent du concours de quelques confrères dont la valeur et le passé scientifiques auraient contribué à faire briller cette réunion d'un plus vif éclat encore, mais il est à espérer que ces absences voulues ne dureront pas toujours et que le temps effacera bien ces petites divisions. Au fur et à mesure que les dentistes diplômés de la Faculté de médecine seront plus nombreux et que l'enseignement dentaire sera mieux organisé, ces dissensions disparaîtront.

Dans cette ville même, nous avons été heureux de voir les docteurs-dentistes s'allier avec les dentistes diplômés ou non pour ne poursuivre qu'un seul but, celui de travailler en commun.

J'arrive à la fin de ma tâche ; j'adresse à mes collègues, qui m'ont fait l'honneur de me désigner comme secrétaire général, l'expression de ma vive gratitude ; mes remerciements bien sincères visent également tous les membres du bureau qui m'ont secondé dans ce travail et particulièrement M. Dubois, qui a consacré beaucoup de temps et de travail pour organiser cette réunion.

Certes, il s'est glissé dans l'organisation de ce premier congrès des erreurs et des oublis et il y a encore à faire pour arriver à ce que tous les rouages fonctionnent bien, mais nous avons pour excuse que c'est la première fois que nous avons le plaisir de nous réunir et nous ne demandons qu'à profiter des avis et des conseils que nous pourrons recevoir pour faire mieux la prochaine fois.

En terminant je n'oublierai pas de remercier la municipalité qui a bien voulu nous aider dans l'accomplissement de notre œuvre, ainsi que les membres de la profession qui ont bien voulu nous adresser leur adhésion et qui sont venus des divers côtés pour travailler avec nous.

Merci surtout à nos confrères bordelais pour l'affabilité et l'hospitalité presque écossaise avec laquelle ils nous ont reçus (*Applaudissements*).

SÉANCE D'OUVERTURE

(16 août 1895.)

COMPTE-RENDU STÉNOGRAPHIQUE

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

M. Despagnet, adjoint au maire de Bordeaux, préside, assisté par les membres du bureau national et du bureau local.

M. le Dr Guénard (de Bordeaux), président du bureau local, prononce le discours donné plus haut. Il ajoute :

« Nous devons d'abord constituer le bureau du Congrès. Nous avons eu une réunion préparatoire du comité local et du comité national et il a été convenu que nous vous proposerions de nommer par acclamations comme bureau du congrès les membres du bureau national.

» Comme c'est la première année, nous sommes obligés de prendre le bureau déjà existant. A la fin du Congrès, quand nous modifierons les statuts, nous nommerons en même temps le bureau du prochain Congrès. »

M. le Dr Beltrami (de Marseille). — Je constate que le bureau qu'on nous propose de nommer par acclamations se compose exclusivement de collègues appartenant à Paris. Or, du moment que ce bureau porte le nom de bureau national, il me semble qu'il devrait être composé nationalement, c'est-à-dire de membres appartenant à diverses villes de France. Je demande donc à M. le président de faire voter

sur ce sujet, à savoir si le bureau doit être constitué nationalement, c'est-à-dire de membres n'appartenant pas à une seule localité.

M. Guénard. — Je vous répondrai que c'est la première année et que par conséquent nous n'avons pas pu nous occuper de prendre une personne dans chaque ville. Alors nous prenons le bureau qui a dirigé l'organisation du Congrès à Paris, mais cette manière de faire est transitoire et pour cette première année seulement, et quand nous aurons revu les statuts dans une prochaine séance, dimanche matin, nous nommerons le président du prochain Congrès.

M. le Dr Beltrami. — Je vous ferai remarquer que nous sommes tous ici et que nous pouvons délibérer. Je ne vois pas bien pourquoi nous ne le ferions pas. On peut donner des noms, on ferait un triage et on voterait par acclamations.

M. Godon (de Paris). — Il nous paraît rationnel que si le bureau porte le titre de bureau national, il soit pris dans toute la France pour diriger le Congrès. Mais la composition du bureau telle qu'on vous l'a indiquée n'est pas absolument complète. La réunion des comités d'hier avait décidé que, pour répondre au désir exprimé par M. Beltrami, désir qui était dans la pensée de tout le monde et que les difficultés d'exécution ont empêché de mettre en pratique, avait décidé, dis-je, de s'adjoindre M. Schwartz de Nîmes, président de la Société des dentistes du Sud-Est, comme vice-président, et de plus que les deux bureaux d'organisation de ce Congrès, dès son ouverture, se fondraient l'un dans l'autre et formeraient réellement le bureau national. C'est pourquoi vous voyez figurer sur l'ordre du jour des séances qui vous a été distribué, M. Dunogier comme président de la première séance, M. Guénard comme président de la 2e, tous les deux n'habitant pas Paris, mais Bordeaux. Vous voyez que malgré les difficultés, l'impossibilité même à mon avis de recenser nominativement les membres les uns après les autres dans une séance d'ouverture, nous avons fait une combinaison pour parer à ces difficultés. Le comité d'organisation et le bureau local qui ont fonctionné durant six mois fusionnent aujourd'hui.

Ils ont dû se partager les différentes fonctions et faire tout le travail d'organisation. Cela n'a pas empêché d'ajouter, comme vice-président, pour cette première séance du Congrès national, des hommes de régions différentes. Je pense que toutes les susceptibilités de M. Beltrami ont reçu satisfaction par cette combinaison, et cela est beaucoup plus simple, car nous pouvons en terminer par un seul vote au lieu de scrutiner pendant une heure.

M. le Dr Beltrami. — Je ne veux pas soulever de discussion, mais je ne comprends pas ce qui se passe. Il y avait d'abord un comité, à ce qu'il paraît, il y en a deux, et le président du premier ne figure pas dans les autres.

Je voudrais être éclairé. Le bureau doit diriger les séances, ce qui est une chose importante, et c'est pourquoi je voudrais y voir figurer d'autres personnes appartenant à tous les points de la France.

M. le Dr Guénard. — Mais le comité local existe toujours.

M. le Dr Beltrami. — Je l'espère et je le souhaite.

M. le Dr Guénard. — La preuve, c'est que tous les jours le comité local et le comité central se réunissent. Par conséquent nous faisons partie du bureau quand même.

M. le Dr Beltrami. — Pourquoi ne figurez-vous pas alors?

M. le Dr Guénard. — Nous offrons l'hospitalité et c'est pourquoi nous nous retirons. Au nom de cette hospitalité, je vous prie de nommer par acclamation, comme bureau du Congrès, le bureau qu'on vous a proposé (*Applaudissements*).

M. le Dr Beltrami. — La part d'hospitalité restera la même !

Cris : Aux voix, aux voix.

M. le Dr Guénard. — Que ceux qui veulent accepter le bureau proposé veuillent bien lever la main. (Les mains se lèvent.)

M. le Dr Beltrami. — Je demande l'épreuve contraire.

Quelques membres seulement lèvent la main. Le bureau national dirige les débats du congrès (*Applaudissements.*)

M. Guénard. — Le bureau a décidé de vous demander de donner la présidence d'honneur à M. Lecaudey, qui est malade en ce moment, et pour cette raison n'a pu assister à nos séances (Adopté à l'unanimité).

Messieurs, il faut toujours, pour qu'un congrès soit constitué, qu'il adopte des statuts. Nous vous proposons ceux qui ont été établis par la commission d'organisation, mais il est bien entendu qu'à la dernière séance de dimanche vous pourrez y apporter tous les changements que vous jugerez nécessaires en vue du prochain congrès (*Adopté*).

M. Despagnet. — Je donne la parole à M. Dubois, président du bureau national.

M. Dubois prononce le discours reproduit plus haut.

M. Despagnet répond et prononce le discours reproduit précédemment.

M. le Dr Sauvez, secrétaire général du bureau national, lit son rapport (Voir plus haut).

M. Rousset, secrétaire général du bureau local, lit son rapport (sera publié).

M. le Dr Guénard. — Messieurs, vous allez passer maintenant dans les salles où vont avoir lieu les démonstrations pratiques et vous vous réunirez à nouveau à 2 h. cette après-midi.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

LIVRES ET REVUES

NOTE SUR L'ENFONCEMENT ET L'ÉLONGATION DES DENTS

Par le Dr Claude Martin.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'historique du redressement

des dents, pas plus que je n'entrerai dans la description des nombreux procédés qui ont été proposés jusqu'à ce jour. Il me suffira de vous dire qu'actuellement bien peu de déviations, pour ne pas dire aucune, qu'elles soient congénitales ou accidentelles, ne cèdent à un traitement rationnel.

Je vais vous entretenir de deux genres de redressement qui ont été bien négligés, si toutefois ils ont déjà été appliqués méthodiquement. Je veux parler de l'*enfoncement* et de l'*élongation* d'une ou de plusieurs dents.

§ 1. — *De l'enfoncement des dents.*

Mon premier cas d'enfoncement d'une dent a été pratiqué sur une femme d'une trentaine d'années, très arthritique. Ce redressement a porté sur l'incisive centrale droite de la mâchoire supérieure. Cette dent était atteinte de gingivite expulsive, et sous l'influence de cet état pathologique elle s'était allongée de près de 3 millimètres ; de plus, elle s'était déviée à droite en laissant entre elle et l'incisive gauche un espace de 0,004 mil. de longueur, vers le bord gingival, et de 0,006 vers son bord tranchant (fig. 1).

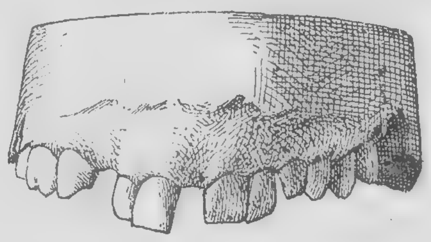


Fig. 1.

Cette déviation et cette élongation étaient si accentuées que cette personne voulait faire extraire cette dent et la remplacer par une pièce artificielle.

La nature de la lésion qui avait occasionné cette déformation ne m'encourageait pas beaucoup à placer dans cette bouche des appareils qui auraient pu provoquer un peu d'inflammation et par là contribuer à augmenter ou à généraliser la gingivite, qui actuellement était limitée à une dent. Je proposai d'abord à ma patiente d'essayer de consolider sa dent et, si cela ne réussissait pas, d'aviser ultérieurement.

Après deux mois de traitement (pointes de feu et frictions à la brosse avec une poudre alcaline et antiseptique, badigeons à la teinture d'iode), cette dent s'était presque consolidée, mais toujours en mauvaise position.

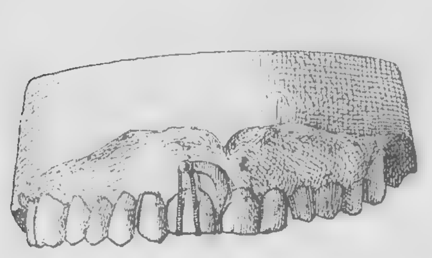
J'ai été surpris de cette consolidation, car on sait combien sont rebelles ces gingivites arthro-infectieuses : aussi,en présence de ce résultat, me suis-je cru autorisé à me servir immédiatement de pièces artificielles pour remplacer quelques dents absentes et surtout pour faire une tentative de redressement. Ramener la dent sur la ligne médiane pour combler le vide qu'elle avait laissé en s'écar-

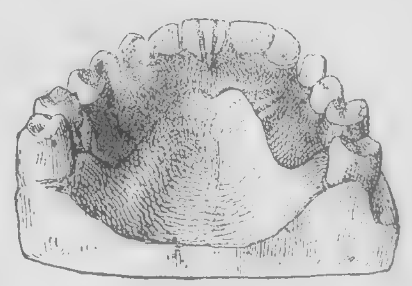
tant, était chose facile, mais cela ne diminuait pas sa longueur.

Un moment j'eus l'idée de la raccourcir à l'aide de la meule ; mais comme il fallait enlever au moins deux millimètres, j'ai craint de mettre la dentine à nu et peut-être de provoquer la mortification de la pulpe. Je sais bien qu'à l'époque où l'on se servait beaucoup de la lime pour enlever les caries proximales on découvrait souvent la dentine ; celle-ci finissait par durcir et devenait résistante.

Ce traitement a certainement donné dans quelques cas d'excellents résultats, mais il était toujours fatal pour la forme de la dent. En admettant même un résultat heureux, la dentine mise à nu serait devenue d'un brun plus ou moins foncé, ce qui était à considérer.

En réfléchissant avec quelle facilité nous faisons mouvoir les dents dans tous les sens pour les redresser, et en passant aux phénomènes qui président au travail de résorption et d'ossification qui se produit lorsque nous déplaçons une dent, j'en ai conclu que je pouvais aussi bien compter sur les mêmes résultats de réparation en refoulant une dent dans sa profondeur que si je la refoulais latéralement.


Fig. 2.


Fig. 3.

L'idée conçue, l'exécution en fut rapide ; le 22 juillet 1890, je posai un appareil dont les figures 2 et 3 faciliteront la description.

Cet appareil se compose d'une plaque en or munie de lames passant entre les prémolaires de chaque côté.

A cette plaque sont fixées deux dents artificielles. A la partie centrale de celle-ci est soudé un prolongement qui passe entre les deux incisives médianes et vient se recourber en avant et au-dessus de la petite proéminence formée par la racine de la dent à renforcer, c'est-à dire l'incisive médiane droite (figure 2).

A l'extrémité de ce prolongement, qui correspond à la moitié de la largeur de cette dent, est soudé un petit bouton muni d'une encoche sur sa face supérieure.

A la partie postérieure de cette même dent, sur la plaque, et parallèlement au bouton externe, est soudé un petit crochet auquel vient se fixer un anneau de caoutchouc.

Lorsque la pièce est en place, en tirant cet anneau et en le faisant passer par-dessus la dent, on vient l'accrocher au bouton qui termine le prolongement interne ; par ce moyen l'anneau de caout-

chouc se trouve tendu et exerce une pression continue sous laquelle la dent ne tarde pas à s'enfoncer.

Vingt jours après l'application de cet appareill, a dent avait repris sa place au niveau de l'incisive médiane gauche, et l'espace qui séparait ces deux dents avait considérablement diminué ; il ne restait plus qu'à accentuer un peu ce mouvement, ce qui fut fait par le procédé habituel, et à maintenir la dent en place jusqu'à consolidation complète.

Pour cela, je n'ai eu qu'à substituer à l'anneau de caoutchouc une petite bande d'or mince soudée aux deux points qui lui avaient servi d'attache. La pression étant supprimée, l'inflammation a diminué, puis disparu, en laissant une dent complètement et fortement consolidée.

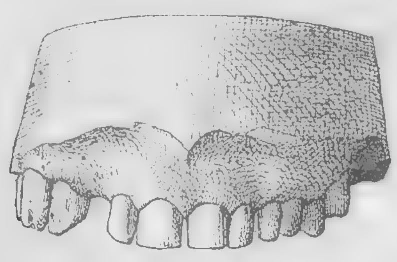


Fig. 4.

J'ai été très surpris d'une si parfaite consolidation. Je n'avais pas l'habitude de voir guérir aussi promptement les gingivites de cette nature (lorsqu'elles guérissent). Le traitement, y compris le redressement, n'a duré que quatre mois, dont deux pour le traitement de la gingivite. Vingt jours furent suffisants pour le redressement de la dent, et quarante environ pour sa consolidation.

Dix-huit mois après, cette femme est morte d'une fièvre puerpérale sans que le résultat représenté figure 4 se soit modifié.

En présence de la consolidation de cette dent, je me suis demandé si ce traitement ne serait pas applicable dans quelques cas à la gingivite arthro-infectieuse. Les dents réintégrées de force dans leurs alvéoles et maintenues jusqu'à la disparition des phénomènes inflammatoires peuvent bien, en effet, provoquer des adhérences et rendre la dent d'autant plus solide que la membrane péri-dentaire aura été plus modifiée par l'inflammation.

§ 2. — *De l'élongation des dents.*

Je ne pouvais pas dire que le résultat que je venais d'obtenir par le renfoncement de cette dent avait sanctionné le principe que j'avais posé, puisque ce principe était connu depuis longtemps, mais la routine avait limité son application dans les déplacements latéraux.

Quoi qu'il en soit, ce résultat m'a encouragé à poursuivre dans les déplacements verticaux le traitement d'autres redressements qui

n'avaient, je crois, pas encore été bien étudiés : je veux parler de l'élongation des dents ou des fragments de dents.

On avait bien observé que les dents s'allongeaient spontanément, et l'on s'était même servi de cette tendance pour donner plus de hauteur à l'articulation, dans certains redressements ; mais je ne crois pas que l'on ait cherché à allonger méthodiquement des dents naines ou des dents brisées.

Chez les enfants, les cas de fracture des incisives ne sont pas rares. Le plus souvent la dent se brise au milieu de sa longueur, ou encore la fracture n'intéresse qu'une partie plus ou moins prononcée d'un de ses angles. On sait aussi combien ces sortes d'accidents sont pénibles pour les parents. Chez un garçon on compte sur la moustache pour cacher cette brèche ; mais chez une jeune fille l'esthétique et l'expression sont fortement modifiées, les moyens employés pour remédier à ces sortes de lésions ne sont pas toujours acceptables à l'âge où ces accidents se produisent. J'avoue que maintes fois il m'a été difficile de donner un conseil dans ces circonstances.

Actuellement, je puis présenter deux observations qui démontrent que ces accidents ne sont pas au-dessus des ressources de l'art.

Observation I.

Le jeune X..., âgé de 16 ans, est tombé si malheureusement en jouant qu'il s'est brisé les deux incisives droites de la mâchoire supérieure. L'incisive latérale a eu simplement son bord ébréché, mais l'incisive médiane a été cassée par le milieu, de telle sorte que la pulpe a été largement mise à nu.

Lorsque ce jeune homme m'a été présenté, la mortification de celle-ci était complète ; on constatait même de la suppuration.

Je fis le traitement de la racine, et lorsque la suppuration eut disparu, j'obturai la partie profonde de cette racine, laissant un vide suffisant pour y fixer une tige ou pivot métallique qui devait me servir de point d'attache pour ramener cette moitié de dent au niveau de l'incisive médiane gauche (fig. 5).



Fig. 5.

La tige fixée dans ce canal était terminée en forme de T ; elle était fixée solidement dans la racine à l'aide de ciment pendant que les branches latérales étaient recourbées, l'une en avant, l'autre en arrière, le long des parois de la partie restante de la couronne de

cette dent. Ces deux branches étaient terminées par un petit bouton qui devait servir à fixer une mince rondelle de caoutchouc (fig. 6).

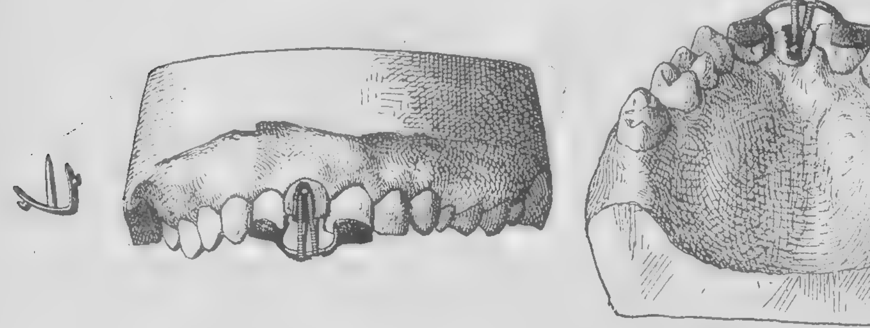


Fig. 6. Fig. 7.

Par cette description on comprend tout de suite le genre de traction que je voulais employer; il ne me manquait plus qu'à lui donner un point d'appui. Celui-ci, je l'ai pris sur les deux dents latérales, c'est-à-dire d'une part sur l'incisive latérale droite et d'autre part sur l'incisive médiane gauche. Je coiffais ces deux dents d'une plaque d'or que je réunissais par un fil de même métal qui passait en forme de pont au-dessus de la dent cassée (fig. 6 et 7).

Si maintenant je place ma rondelle de caoutchouc sur le bouton interne, et que, fixée sur ce point, je l'attire en dehors en la faisant passer par-dessus le pont que nous venons de décrire pour la fixer au bouton externe, cela donnera une tension assez grande à cette rondelle de caoutchouc pour qu'elle puisse ramener en peu de temps la dent cassée au niveau des autres.

Il faut que cette tension soit continue, non intermittente, mais douce.

Un coup d'œil sur les figures vous permettra de vous rendre compte de la simplicité de cet appareil.

Une fois la dent ramenée au point voulu, on n'a qu'à substituer au caoutchouc un fil d'or qui, n'exerçant plus de tension, ne faisant que maintenir la dent à la hauteur qui lui est destinée, permettra à l'inflammation de disparaître et à la dent de se consolider dans la position qui lui a été donnée.

Le traitement que j'ai fait subir à ce jeune malade me réservait une petite surprise à laquelle j'aurais dû m'attendre et qui porte son indication. Comme j'avais entrepris ce traitement au milieu sinon de l'indifférence, mais de l'incrédulité des personnes intéressées, je me suis trouvé par ce fait dans l'impossibilité de surveiller la marche de l'élongation cherchée. Ce jeune homme ne venait pas régulièrement, si bien qu'il a porté son appareil un peu trop longtemps.

Il en est résulté que, lorsque je le lui ai enlevé, je me suis trouvé en présence d'une moitié de dent qui avait été allongée de 3 mm.,

tandis que les deux dents latérales sur lesquelles était appuyé l'appareil s'étaient enfoncées d'au moins 0,001 sous les efforts de la traction.

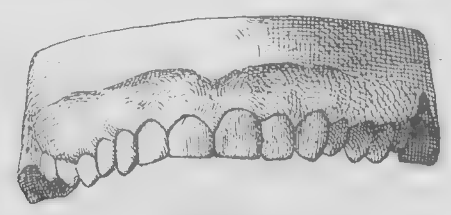


Figure 8.

La figure 8 nous montre la dent allongée, mais on se rend très bien compte que l'incisive médiane gauche s'est enfoncée : elle se trouve plus courte que l'incisive latérale du même côté ; d'autre part, l'incisive latérale droite est aussi plus courte que la dent qui a subi l'élongation, tout en tenant compte de son bord fracturé. Si l'on compare les figures 5 et 8, on constate bien le raccourcissement de ces deux dents.

J'avais donc provoqué sans le vouloir l'enfoncement des dents, ce qui est une preuve de plus à l'appui de ma première observation et un enseignement que je n'ai pas tardé de mettre à profit pour des élongations ultérieures.

Le 24 mai 1894, c'est-à-dire quinze mois après la suppression de tout appareil, j'ai revu ce jeune homme, et, chose assez inattendue, pendant que la dent cassée avait conservé sa longueur acquise, les deux dents qui avaient servi de point d'appui à la traction et qui s'étaient sensiblement enfoncées, avaient repris leur longueur primitive en laissant en retrait la dent qui avait été allongée. On douterait même de cette élongation si le rebord gingival de cette dent ne descendait pas plus bas que celui de ses voisines. C'est du reste le signe principal auquel on peut reconnaître une dent qui a été soumise à ce traitement. Elle entraîne en s'allongeant les tissus qui lui sont adhérents et forme cette petite irrégularité du feston gingival que l'on constate après le traitement.

Observation II.

Dans l'observation précédente nous venons de voir que, si le point d'appui donné à l'appareil a été suffisant pour faire descendre la dent que nous voulions allonger, il n'en est pas moins vrai qu'il a cédé, puisque les deux dents qui le composait se sont enfoncées. Celles-ci n'ont donc pas offert assez de résistance.

Il faudra donc, pour éviter cet inconvénient, donner à ces sortes d'appareils beaucoup plus de surface et les faire reposer sur le plus de dents possible.

C'est ce que nous venons de faire pour une jeune fille de 17 ans qui s'est cassé l'incisive médiane gauche en jouant avec un rond de serviette.

La cassure ne comprend pas complètement tout le bord tranchant de cette dent. Elle se dirige obliquement de droite à gauche. Sur le bord gauche, le fragment cassé mesure bien 0,004 de hauteur (fig. 9).

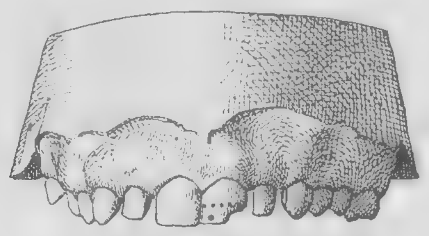


Figure 9.

L'appareil qui nous a servi pour allonger cette dent est composé : premièrement d'une plaque palatine qui va de la première prémolaire gauche à la première prémolaire droite ; secondement, d'une deuxième plaque de même longueur reposant sur le bord gingival externe. Ces deux plaques sont réunies entre elles par des fils de même métal qui passent entre de larges interstices au nombre de quatre, ce qui permet l'emboîtement de toute la partie antérieure de la mâchoire supérieure. On comprend que cette large surface doit offrir beaucoup plus de résistance (fig. 10 et 11).

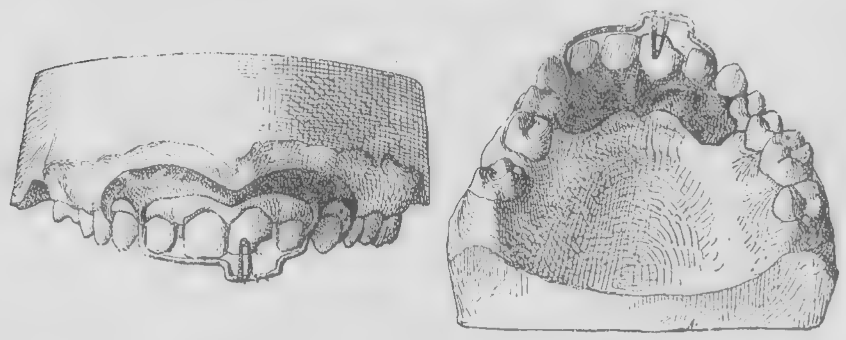


Figure 10. Figure 11.

A cette partie de l'appareil est encore soudé un fil de même métal qui vient former un pont au-dessus de la dent cassée. Il est soudé entre de larges interstices naturels situés entre les canines et les incisives latérales de chaque côté.

Nous venons de décrire l'appareil sur lequel nous allons prendre notre point d'appui. Les figures ci-jointes font comprendre facilement cette disposition. On voit que nous avons considérablement augmenté son étendue. Quant à l'appareil de traction dans la première partie de ce traitement, il a été bien simplifié.

La dent ayant été cassée obliquement avait conservé toute sa longueur vers son bord médian ; il m'a suffi dès lors de faire un trou

au milieu de la partie qui devait être enlevée après l'allongement de la dent et qui est marquée par un pointillé sur la figure 9.

Dans ce trou j'ai introduit avec une légère pression un fil d'or du même calibre. Après avoir recourbé en haut les deux extrémités de ce fil, j'ai fixé dans ses courbures un anneau de caoutchouc, tout en le faisant passer à cheval sur le fil de métal qui doit lui servir de résistance pour attirer la dent en bas (fig. 10 et 11).

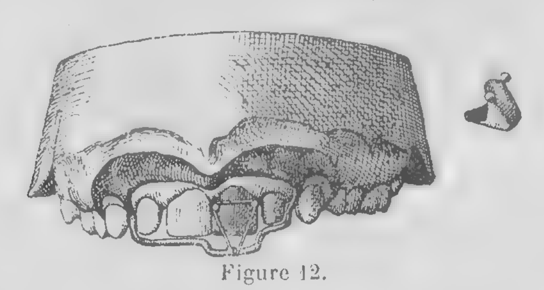


Figure 12.

Après 10 jours d'une traction lente, la dent était complètement descendue.

A ce moment, ayant voulu substituer un fil métallique à la rondelle de caoutchouc, afin de supprimer la traction pour laisser consolider la dent dans la position acquise et en voulant serrer ce fil, qui n'était autre qu'un fil de platine, la dent s'est cassée au niveau du trou. Il a donc fallu chercher un autre point d'attache, afin de ne pas compromettre le résultat obtenu. Je m'empressai de prendre l'empreinte de cette dent, puis de faire estamper une calotte qui l'emboîtait complètement. Je fixai cette calotte avec du ciment. Celui-ci une fois durci, j'attachai à deux boutons soudés primitivement à cette calotte un fil métallique qui venait ensuite se fixer au pont de l'appareil palatin (fig. 12). Comme ce fil n'était pas élastique, il maintenait seulement la dent dans la même position. Six semaines après, j'enlevai le tout.

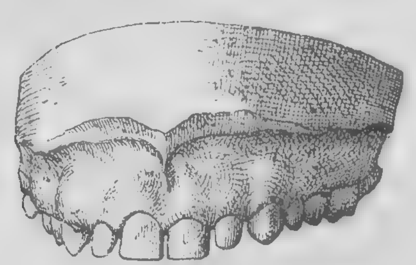


Figure 13.

On peut se rendre compte des bons résultats obtenus. La dent cassée est maintenant de même longueur que sa voisine, sans aucune tendance à remonter. La seule différence que l'on puisse observer, c'est que le bord gingival, ayant accompagné la dent dans son

mouvement de descente, se trouve maintenant plus bas, comme dans l'observation précédente (fig. 13).

Conclusions.

L'élongation ou le renfoncement d'une ou de plusieurs dents peuvent être traités tout aussi facilement que les autres redressements. Il sera bon toutefois de faire des tractions lentes et continues, de les exercer avec beaucoup de modération. L'appareil devra prendre un point d'appui sur une large surface. Il serait bon aussi de coiffer plusieurs dents pour que la plaque ne s'enfonçât pas dans la muqueuse sous l'influence des tractions élastiques ; si les dents recouvertes s'enfonçaient de l'épaisseur de la plaque qui les recouvre, ces dernières reprendront leur longueur primitive lorsque l'obstacle aura disparu.

Lorsque la dent, sous l'influence de la traction, a atteint la longueur voulue, il faut la fixer à l'appareil avec un fil métallique ou non, mais surtout pas élastique, afin que la dent reste au repos absolu pour faire disparaître l'inflammation. Il faut aussi ne pas enlever l'appareil avant la consolidation complète.

Comme dans la dernière partie du traitement l'appareil est inamovible, on fera bien d'exagérer les soins de propreté et faire tenir la bouche dans un milieu alcalin et antiseptique, surtout la nuit.

NÉCROLOGIE

JOHN TOMES

John Tomes a fini sa laborieuse et longue carrière, à plus de quatre-vingts ans.

Il eut l'honneur d'être le principal artisan de la réforme dentaire en Angleterre, et la joie de voir son œuvre appréciée par ses contemporains. On pouvait dire de lui, comme de M. Gladstone, qu'il était « *the great old man* ».

Non seulement Tomes joua un rôle considérable dans la politique professionnelle de son pays, mais encore il fut un savant et un praticien éminent. Ses cours faits à l'hôpital de Middleser en 1845 peuvent être lus aujourd'hui encore avec le plus vif intérêt. Son *Traité de chirurgie dentaire* a été publié, pour la première fois, en 1859, il eut un retentissement considérable et on ne saurait trop remercier le Dr Darin de l'avoir fait connaître aux lecteurs français.

Le grand mérite de Tomes est d'avoir défendu la spécialisation de l'art dentaire et sa distinction de l'art médical.

Dans son adresse inaugurale à l'ouverture de la section dentaire au congrès international des sciences médicales en 1882, il l'affirme en ces termes :

« La chirurgie dentaire, durant ce siècle, et du plein consentement du médecin et du grand public, s'est développée en une spécialité bien définie. Aujourd'hui le médecin s'en réfère au dentiste dans toutes les affections dentaires et le public le choisit, comme le plus apte à lui porter secours dans tous les cas de même origine. Il n'est donc pas nécessaire de faire une apologie pour la pratique séparée de la chirurgie dentaire, ni de présenter des arguments à l'appui de son maintien, comme branche distincte de la pratique chirurgicale : les nécessités de la société, d'un côté, et le besoin de connaissances techniques spéciales du dentiste, de l'autre, ont déterminé les conditions de cette séparation. »

La reconnaissance et la vénération des dentistes anglais pour John Tomes étaient immenses ; elles se sont affirmées à maintes reprises.

En 1862 une souscription permit de lui offrir un service en argent.

En 1880 son portrait, fait par un peintre de grande réputation, lui fut présenté.

Enfin, sur ses derniers jours, en 1895, ses noces d'or fournirent à nos confrères l'occasion d'adresser un présent à Mme Tomes, au nom des épouses des dentistes, et d'annoncer à John Tomes qu'il était fondé, par le Collège des Chirurgiens, un prix triennal portant son nom et devant être décerné à un licencié en chirurgie dentaire.

Ces manifestations honorent non seulement celui qui en fut l'objet, mais encore ceux qui les firent.

Toute sa vie, John Tomes lutta avec désintéressement pour le bien public, le progrès et l'élévation du niveau moral et scientifique de ses frères de travail. Il laisse le souvenir d'une grande intelligence et d'un homme de bien.

On ne peut en laisser de plus beau.

La plupart d'entre nous ont appris avec peine que M. Francis Jean, président de la Société d'Odontologie et secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, avait eu la douleur de perdre l'un de ses fils qui lui a été enlevé après 48 heures de maladie. Cette perte affligera tous ceux qui connaissent notre sympathique collègue.

NOUVELLES

COMMENT ON ÉCRIT L'HISTOIRE

On lit dans un petit opuscule :

Cenni Storici sulla odontojatria, par le Dr *Gustavo Eller Vainicher chirurgo dentista dell' ospedale degl' incurabili (Naples* 1895, la curieuse mention historique suivante :

« Le premier dentier en caoutchouc fut construit en 1848 par le » vieil Evans, dentiste de Napoléon Ier. »

Quelle érudition !

LA DIGNITÉ PROFESSIONNELLE

Dans une petite feuille d'annonces pharmaceutiques le *Correspondant Médical* du 15 septembre 1895, on lit l'avis suivant :

171. — Le docteur Rousseau, dentiste des hôpitaux de Paris, des manufactures de l'Etat, est toujours à la disposition de ses confrères, soit pour eux, soit pour leur famille, soit pour leurs clients, en tout ce qui concerne l'art dentaire et la prothèse.

57, rue des Martyrs, en face l'avenue Trudaine.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

La réouverture des cours à l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le premier lundi de novembre.

CONGRÈS DENTAIRE DE 1896.

Ont été nommés membres du bureau central pour le Congrès de 1896 :

MM. Choquet,
Ducournau,
Francis Jean,
Lemerle,
Loup,
Dr Sauvez.

CLINIQUE DENTAIRE A L'HOSPICE D'AUXERRE.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. Rigolet vient d'être chargé d'un service dentaire à l'hospice civil d'Auxerre. Qu'il reçoive nos félicitations.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Ⓘ, Président-Directeur.

G. Viau, ✤, Vice-Président.
Francis Jean, ✤, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✤, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✤. —

A. Aubeau, Ⓘ. — P. Chrétien. — Debray. — Dugit père. — A. Dugit. — F. Gardenat. — Dr Kuhn. — E. Pillette. — Wiesner ✳ Ⓘ.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✤, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher Ⓘ, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✤, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical.*

PROFESSEURS

G. Blocman, Ⓘ, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, Ⓘ, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, Ⓘ, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✤, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Ⓘ, Dr en médecine.
P. Poinsot, Ⓘ, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✤, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, Ⓘ, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Roy.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard Ⓘ, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE Ⓘ. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.
MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, JOSEF — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.
MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.
LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Treizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'un école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

15e ANNÉE. OCTOBRE 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. No 10.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CORRECTION DU PROGNATHISME

Par M. O. AMOÉDO,
Professeur à l'École Odontotechnique.

(Communication au Congrès de Bordeaux.)

J'ai l'honneur de vous présenter les modèles de deux cas de



Fig. 1.

prognathisme du maxillaire supérieur que j'ai eu à traiter dernièrement.

Pour corriger ces irrégularités je me suis servi de différents appareils ; dans un cas j'ai employé l'appareil du Dr Wilder et dans



Fig. 2.

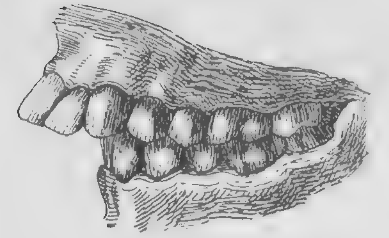


Fig. 3.

l'autre celui du Dr Angle. Ces appareils sont les plus récents et jouissent aux Etats-Unis de la plus grande faveur pour corriger les irrégularités du genre de celles dont il va être question.

Observation I.

Mlle C., 17 ans, américaine, fig. 1, 2 et 3, présente un prognathisme très exagéré des mâchoires. En fermant la bouche, c'est à peine si elle peut réunir les lèvres; les incisives inférieures touchent la gencive derrière les dents supérieures.

Il m'a été impossible de trouver la vraie cause de cette anomalie ; rien dans les antécédents héréditaires ; son père, qui occupe dans la diplomatie une très haute situation, a et a toujours eu son système dentaire dans le plus parfait état.

Comme antécédent personnel, les végétations adénoïdes du

naso-pharynx et l'habitude de se sucer les doigts ne sauraient être invoqués dans le cas présent.

Au point de vue mental, cette jeune fille doit être considérée comme douée d'une intelligence bien au-dessus de la moyenne.

Je ne puis expliquer l'anomalie des maxillaires que par l'habitude qu'a cette jeune personne de respirer par la bouche.

Comme traitement, j'ai commencé par sacrifier les deux premières prémolaires supérieures ; ensuite j'ai placé des bandes portant des petits crochets et les ai cimentées sur les canines et premières grosses molaires.

De petits anneaux en caoutchouc rouge élastique devaient ramener les canines en arrière. J'avais l'intention de faire de même avec les incisives ; mais bientôt je me suis aperçu que c'étaient les molaires qui marchaient en avant.

J'enlevai alors les bandes et construisis une plaque en vulcanite qui s'adaptait sur le palais avec deux prolongements postérieurs en fil métallique faisant le tour de la deuxième grosse molaire, et se terminant par un crochet, fig. 4.

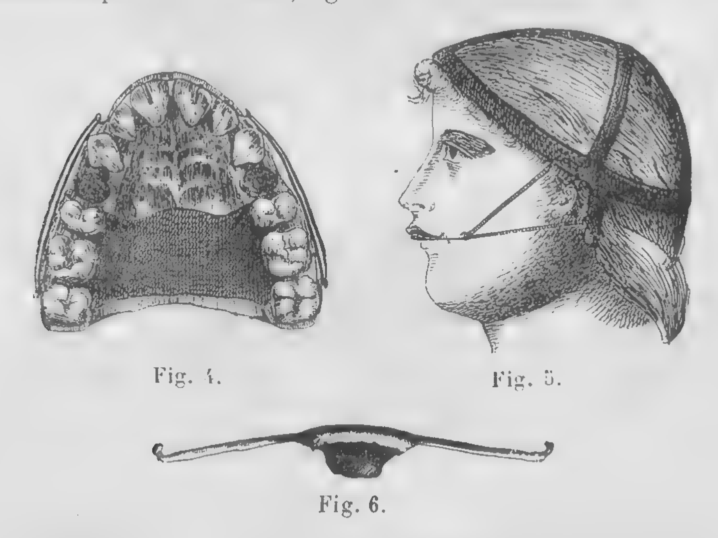


Fig. 4. Fig. 5.

Fig. 6.

Une bandelette en platine, ayant deux petits crochets, s'appliquait sur les incisives et des anneaux en caoutchouc reliaient cette bandelette aux crochets postérieurs.

Alors même mon point d'appui n'offrait pas une résistance suffisante. Nous avions, il est vrai, six grosses dents en arrière, pour ramener à elles les six dents de devant, mais nous avions d'autre part un facteur important, je veux dire la résistance des incisives inférieures durant l'occlusion de la bouche.

C'est alors que je me suis décidé à prendre un point d'appui sur le sommet de la tête.

Je fis construire un couvre-chef chez Collin, fig. 5, je pris une tige en acier de 10c de long et 2mm d'épaisseur, je la recourbai

et tournai les extrémités en crochets; au milieu de cette tige je fixai une pièce en caoutchouc blanc durci, recouvrant les incisives supérieures et prenant un point d'appui sur elles, fig. 6. Des bandes en caoutchouc élastique reliaient les extrémités de la tige au couvre-chef.

Cet appareil était destiné à être porté seulement pendant la nuit.

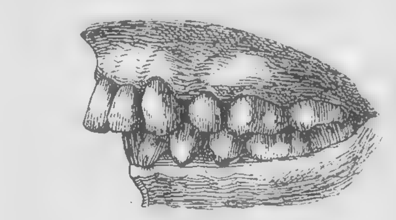


Fig. 7.



Fig. 8.

Dans la journée le sujet portait l'appareil fig. 2.

On peut voir le résultat obtenu dans la figure 5; les canines sont déjà en contact avec les deuxièmes prémolaires et les incisives ont leur direction normale.

Observation II.

Mlle C., sœur de la précédente, âgée de 16 ans, présente un prognathisme de la mâchoire supérieure, et la rétroversion du maxi-

laire inférieur, fig. 10 et 11 ; au point de vue étiologique, le cas est en tout semblable à celui de sa sœur.



Fig. 9.

Fig. 10. Fig. 11.

Dans la mâchoire inférieure, les deux molaires de six ans ont été extraites de très bonne heure, et les molaires de 12 ans sont en contact avec les deuxièmes prémolaires.

En haut, la canine supérieure droite avait été extraite par un dentiste qui avait traité le sujet avant moi.

Pour réparer cette double anomalie des mâchoires, je commençai par faire avancer d'environ 0.005mm le maxillaire inférieur. Pour cela, je me suis servi d'une pièce en vulcanite, couvrant les molaires inférieures et passant derrière les incisives.

Cette pièce portait les empreintes des molaires supérieures, mais l'articulation interdentaire se trouvait modifiée de telle sorte que la patiente, pour pouvoir fermer la bouche, devait avancer la mâchoire inférieure d'environ 0.005^{mm}.

Pour assurer une bonne articulation dans toute sa vigueur, je dus, les prémolaires n'arrivant pas en contact par le fait de l'élévation de l'articulation interdentaire dans sa partie postérieure et aussi par la progression de la mâchoire inférieure en avant, je dus, dis-je, faire fabriquer un appareil pour le haut, que le sujet portait alternativement avec celui du bas, basé sur le même principe, et surélevant encore l'articulation au niveau des grosses molaires et laissant à découvert les prémolaires.

Ces dents pouvaient alors s'allonger. Pour faciliter encore la progression en avant de la mâchoire inférieure, je plaçai au niveau du talon des incisives supérieures un plan incliné en caoutchouc destiné à faire glisser en avant et à maintenir les incisives inférieures dans une bonne position ; mais alors, comme ces dents venaient au contact de la face postérieure des incisives supérieures, craignant le déplacement en avant de ces incisives supérieures, je les ai retenues par un bandeau qui, passant sur la face labiale, prenait ses insertions dans la partie postérieure de l'appareil. Lorsque la stabilité de la nouvelle articulation fut assurée, je commençai à traiter le maxillaire supérieur.

C'est alors que je me suis servi de l'appareil du Dr Wilder.

Cet appareil est composé de deux colliers se fixant au ciment sur les grosses molaires. Deux bandes en or font le tour de l'arcade dentaire, en chevauchant l'une sur l'autre. Des anneaux en caoutchouc élastique fixent les bouts de ces deux bandes aux colliers et retrécissent par traction l'arcade dentaire.

Les effets de cet appareil furent des plus rapides, et bientôt toutes les dents étaient en contact les unes avec les autres.

Ceci obtenu, l'appareil Wilder avait donné à mon avis tout ce qu'on pouvait en attendre en pareil cas, et, cependant, la bouche était encore loin d'être corrigée.

J'employai, pour achever, les appareils du Dr Angle, figures 12, 13, 14 et 15. Ces appareils sont composés de deux colliers à écrous, fixés sur *les molaires* de 6 ou 12 *ans, fig.* 14, D.

Ces colliers ont du côté de la joue deux coulisses où entrent les extrémités d'un fil de piano qui fait le tour de l'arcade dentaire, sur sa face externe B. Deux petits colliers, sur les incisives centrales, empêchent ce fil de remonter contre la gencive C. Au centre de ce fil se trouve une petite pièce, d'où fait saillie une petite boule. D'un autre côté, une tige de 12 cent. de long convenablement recourbée se termine par deux crochets A.

Cette tige a aussi au milieu de sa concavité une pièce de 1^{c} de

long dans laquelle s'emboîte la petite boule du fil qui fait le tour de l'arcade. Cette union entre la tige et le fil qui est dans la bouche, est des plus ingénieuses.

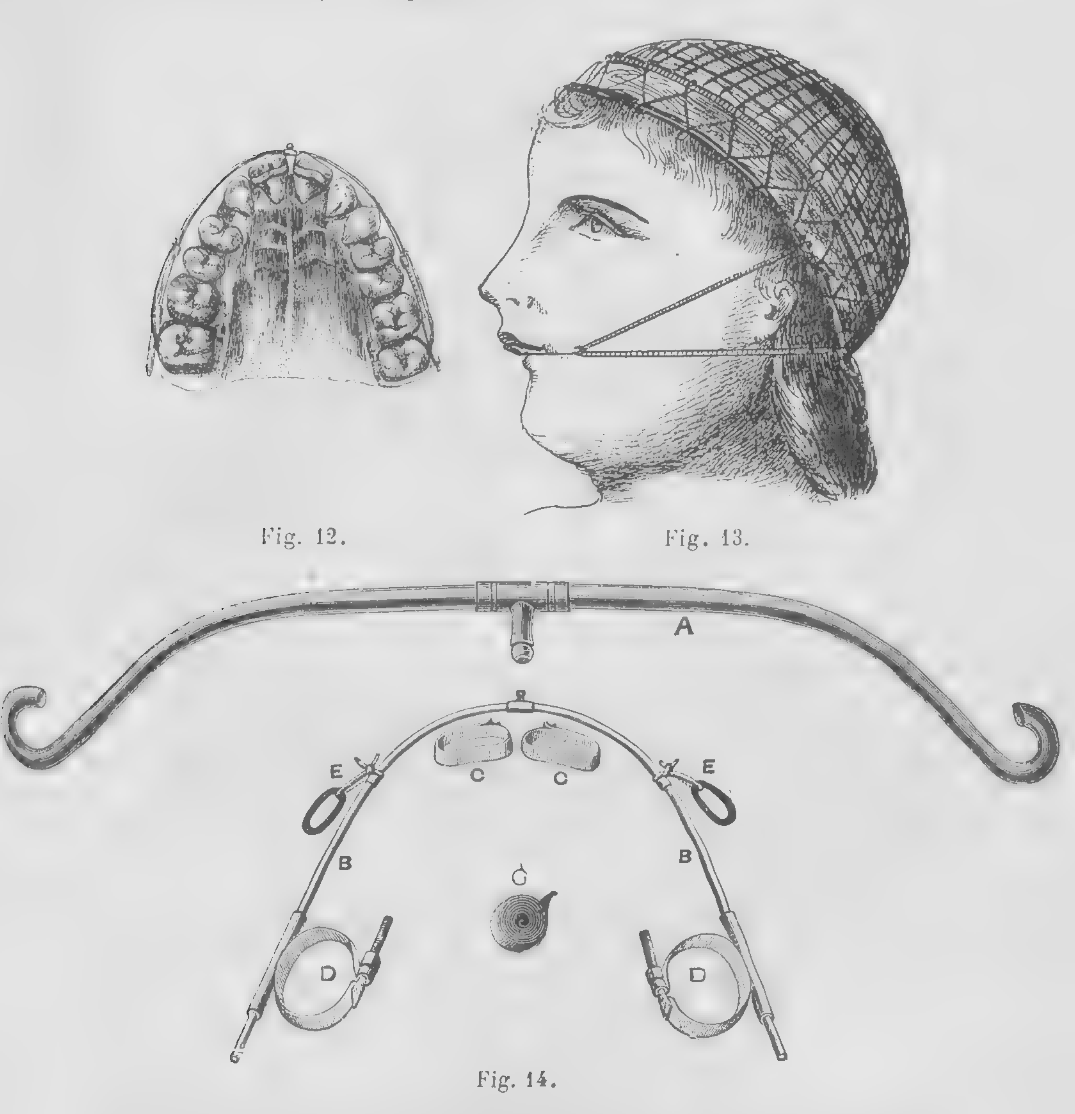


Fig. 12. Fig. 13.

Fig. 14.

On peut faire n'importe quel mouvement avec la tige, sans qu'il y ait transmission directe aux dents.

Un couvre-chef, composé d'un anneau métallique et d'un filet de soie, sert de point d'appui sur la tête, aux bandes élastiques partant de la tige, fig. 13.

L'appareil complet avec le couvre-chef fut porté pendant la nuit.

Dans la journée le fil faisant le tour de l'arcade agissait par des

élastiques qui le reliaient aux colliers des molaires, fig. 14, E.

Au bout d'un mois j'enlevai les pièces fixes de la bouche, et la patiente portait la nuit seulement et porte encore la petite pièce, fig. 15, avec le couvre-chef.

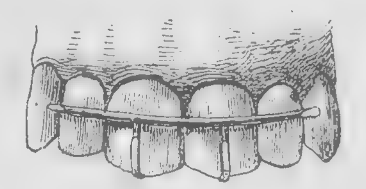


Fig. 15.

Les résultats obtenus dans ces deux cas ont été des plus satisfaisants, figures 7, 8, 9, 16 et 17.

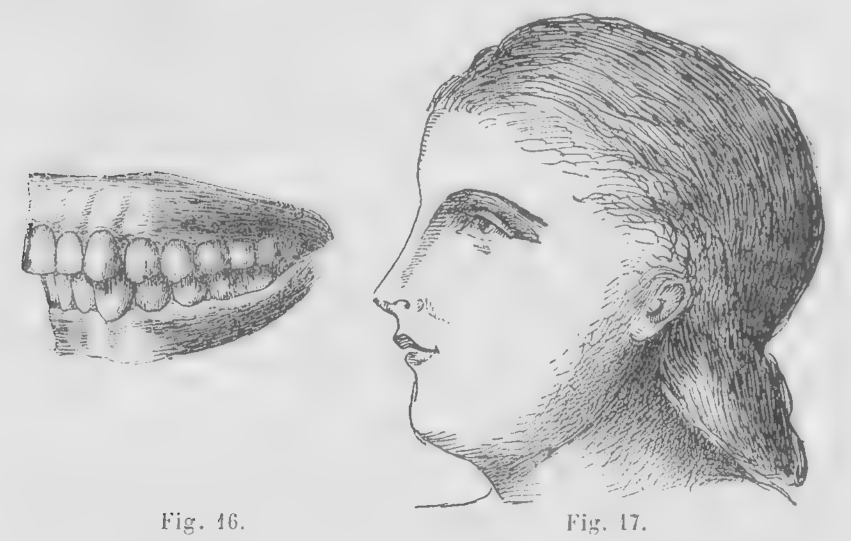


Fig. 16. Fig. 17.

Ces demoiselles ont changé complètement de physionomie ; les personnes qui les connaissaient avant le traitement sont émerveillées de les voir maintenant, et leur oncle, qui ne les avait pas vues depuis 3 ans, hésitait à les reconnaître.

LE TRAITEMENT IMMÉDIAT DES IRRÉGULARITÉS DES DENTS

Par M. Geo. Cunningham, de Cambridge.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

Dans les vingt-cinq dernières années, l'orthodontie a fait des progrès aussi sérieux que toute autre branche de l'art et de la science

dentaires et peut se vanter de posséder une littérature dans les œuvres de Kingsley, de Farrar, de Talbot, de Guildford, d'Angle, de Case et de Jackson, qui fournissent au jeune étudiant de notre époque un choix presque embarrassant d'appareils de redressement, dont la plupart étaient totalement inconnus à ses prédécesseurs d'il y a moins de vingt ans.

Malgré l'ingéniosité et l'efficacité de ces méthodes et de ces appareils nouveaux, le traitement exige encore plusieurs semaines et assez souvent plusieurs mois.

Cette question de temps, entraînant en même temps celle de l'argent, est un élément qui a une importance capitale, car la majorité des dentures irrégulières demeurent dépourvues de traitement, tandis que l'absence de bénéfice inhérente à la nature du travail est, sauf de très rares exceptions, tout à fait proverbiale. Il est évident toutefois qu'une méthode qui ne nécessite qu'une courte opération, souvent de quelques minutes, mérite un examen approfondi et, comme il s'est maintenant écoulé assez de temps pour bien établir les résultats satisfaisants donnés par le traitement chirurgical ou par la luxation, la méthode immédiate peut être recommandée en toute assurance comme digne d'être employée dans certains cas.

La torsion par la rotation des incisives supérieures a été absolument satisfaisante dans un nombre de cas assez grand pour en assurer l'adoption quand le patient ne veut ou ne peut profiter de la méthode plus lente et plus certaine de la rotation au moyen des appareils mécaniques. Pour ma part, j'ai toujours adopté la rotation lente par des moyens mécaniques comme le traitement le plus sûr dans ces cas-là. Le fait cependant que la torsion a été couronnée de succès, joint à la connaissance de la réfection extraordinaire qui s'effectue en cas de fracture du maxillaire, même quand celle-ci est accompagnée d'une dislocation complète des dents, a conduit à la question suivante : « Pourquoi, en cas d'irrégularité, ne pas produire une fracture artificielle de l'alvéole et ne pas attendre une réfection semblable, après avoir remis et fixé les dents dans une position irrégulière ? » Je me suis donc résolu à essayer cette méthode quand le traitement ordinaire n'était pas applicable. Les occasions pour ces essais n'étaient pas fréquentes dans mon cabinet et les progrès étaient lents, car il fallait attendre les résultats du mouvement de chaque dent isolément avant d'oser en déplacer plusieurs. Le perfectionnement apporté à la direction de l'opération, la nature des accidents susceptibles de se produire, le moyen de les prévenir, le genre de cas où cette méthode semble le plus applicable, tout cela vous sera montré par les photographies et l'histoire des cas sur lesquels j'appelle maintenant votre attention.

La première figure représente le premier cas de luxation, datant du 29 juillet 1886. La molaire supérieure droite, très profondément cariée, était tout près de la première bicuspide, tandis que la seconde bicuspide avait éprouvé une rotation sur son grand axe et était totalement en dehors de l'arcade, s'avançait vers le palais,

gênant ainsi notablement la parole du patient. Après extraction de la molaire avec la pince ordinaire à mors convenablement proté-

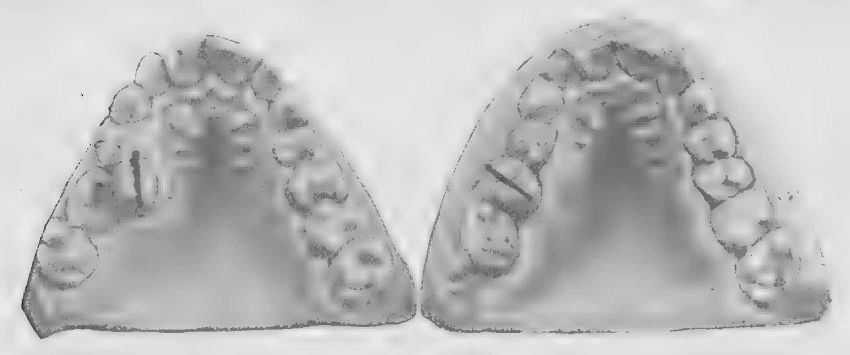


Fig. 1. Fig. 2.

gés, la bicuspide fut soumise à une rotation sur l'axe et amenée dans la position de la molaire avulsée. Un an plus tard, à l'examen, la dent était un peu branlante et la pulpe n'était certainement plus vivante. Une cavité cariée permit d'arriver jusqu'à la chambre pulpaire, les débris de la pulpe furent enlevés, les canaux radiculaires et la cavité furent traités par la méthode immédiate suivant le procédé habituel. Lors d'un nouvel examen, quatre mois après, la dent était beaucoup plus solide et, en 1892, soit plus de 6 ans après l'opération, elle allait bien. Comme le patient m'a formellement promis de me renvoyer sa dent quand elle tomberait, j'imagine qu'elle est encore en place.

La figure suivante représente le cas d'un jeune homme de 22 ans qui voulait se faire arracher deux cuspides supérieures occupant une position très irrégulière dans le palais et poser un dentier artificiel. Le 14 novembre 1888, la cuspide supérieure droite fut

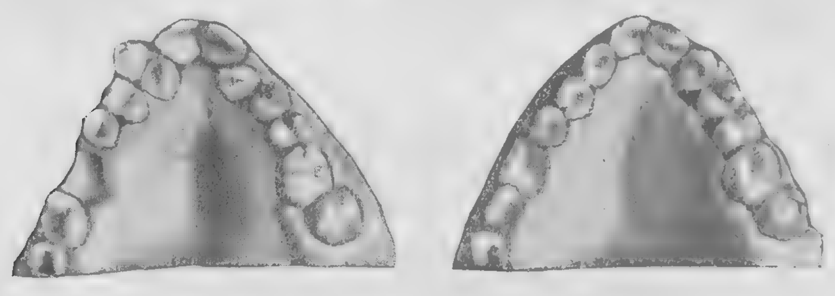


Fig. 3. Fig. 4.

luxée en position et maintenue par un fil fin de platine et des ligatures de soie. Le lendemain la dent était déjà décolorée, probablement par suite de la rupture des vaisseaux sanguins de la pulpe. Le 3 décembre suivant, la cuspide supérieure gauche était traitée de même.

Traitement immédiat.

Juste un mois après la première de ces opérations, la dent était insensible aux changements thermiques. En trépanant la pulpe, elle saigna abondamment, mais demeura tout à fait insensible aux instruments pour les nerfs, excepté vers l'apex. La dent fut obturée de la façon ordinaire et elle est maintenant, plus de 6 ans 1/2 après, aussi solide qu'alors, mais décolorée. La cuspide gauche est restée solide sans décoloration pendant plus de 3 ans, mais, quoiqu'elle ait dû par la suite être traitée de la même manière, elle n'en demeure pas moins solide. Avec les méthodes perfectionnées actuellement en usage, je crois même qu'on aurait pu éviter la décoloration résultant de la perte de la pulpe.

La série de figures qui suivent représente divers aspects d'un cas dans lequel les dents ont été luxées pour corriger une irrégularité du côté gauche de la bouche, qui nuisait à la fois à la parole et à l'aspect d'une façon très marquée. La molaire supérieure gauche était très fortement cariée ; elle fut enlevée, afin de laisser de la place pour l'arrangement des 5 dents antérieures. Le patient fut anesthésié au protoxyde d'azote et à l'éther, la molaire extraite et, après fracture de l'alvéole entre les dents, les deux bicuspides furent luxées en arrière au moyen de la pince de Physick. La cuspide et l'incisive latérale furent traitées de même, le tout sans détacher les dents de leur alvéole. En s'efforçant de luxer l'incisive

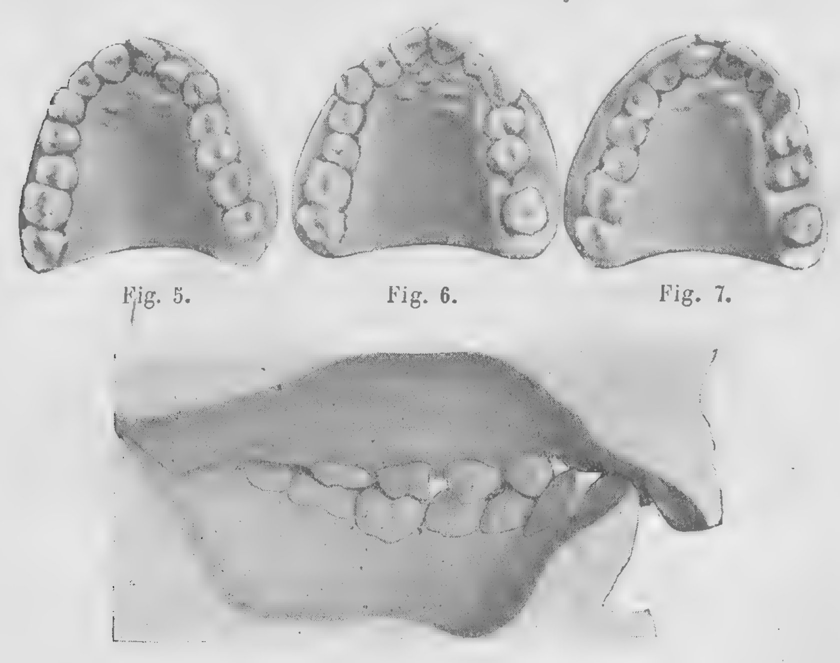


Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

Fig. 8.

centrale, à cause d'une racine courbée et tordue, elle glissa des

mors de la pince et, quoiqu'elle ne fût pas enlevée de l'alvéole san

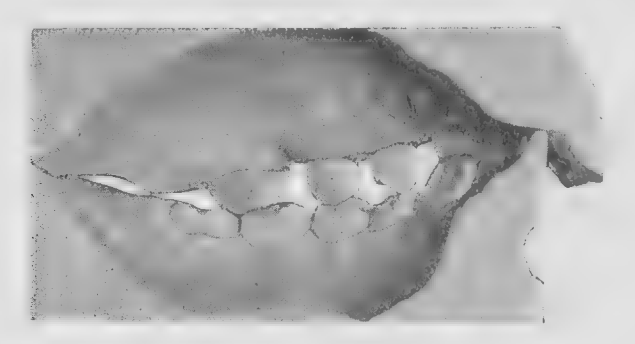


Fig. 9.

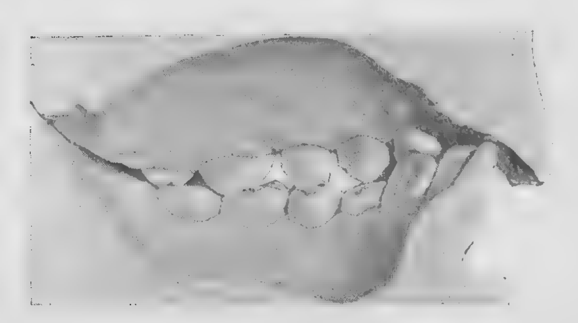


Fig. 10.

glant, elle était extraite en fait. Elle fut amenée dans une position passablement normale, autant que la courbure de la racine le permettait. Les dents furent liées avec du fil de platine mince

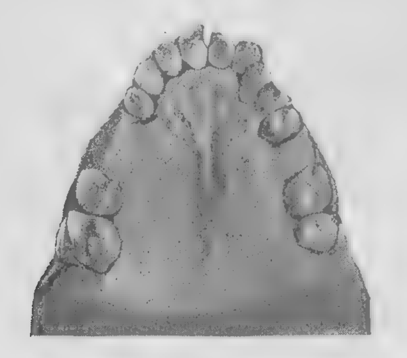


Fig. 11.

et les parties badigeonnées avec de la teinture styptique. La bouche fut lavée abondamment avec une solution alcoolique de

saccharine avant, après l'opération, et chaque heure. Trois semaines après environ, les ligatures furent enlevées. Trois ans après

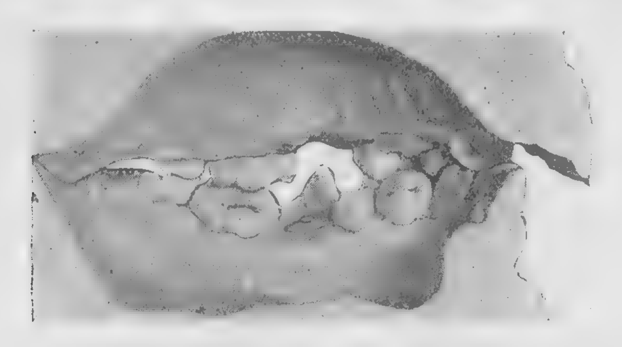


Fig. 12.

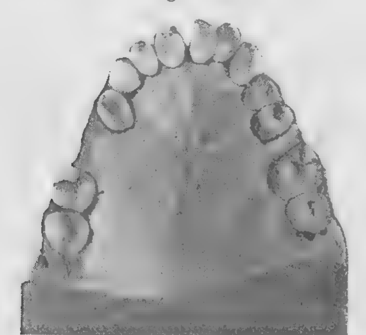


Fig. 13.

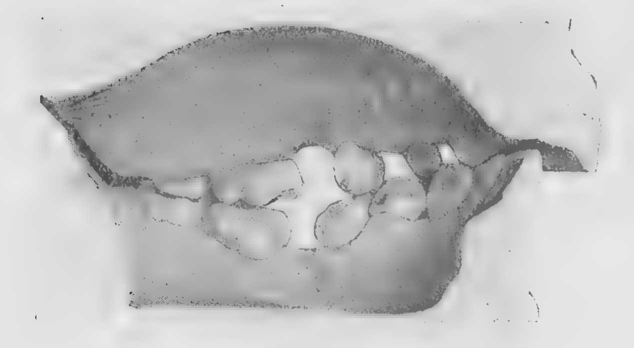


Fig. 14.

l'opération, toutes les dents sont saines, ne présentent pas le moindre changement de couleur et répondent parfaitement aux essais thermiques, quoique deux d'entre elles au moins aient subi un déplacement en arrière de plus de la longueur de leur diamètre coronaire mésio-distal et que l'incisive centrale ait été complètement déplacée de son alvéole.

Le cas qui suit est semblable : extraction de la molaire supérieure gauche et luxation en arrière des deux bicuspides, de la cuspide et de l'incisive latérale. Deux ans et 8 mois après, le patient

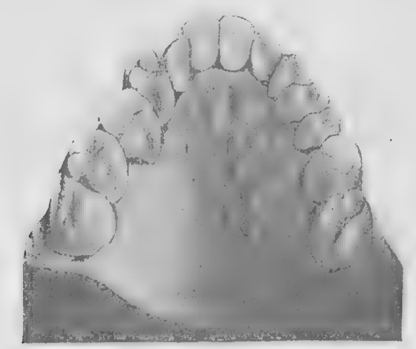


Fig. 15.

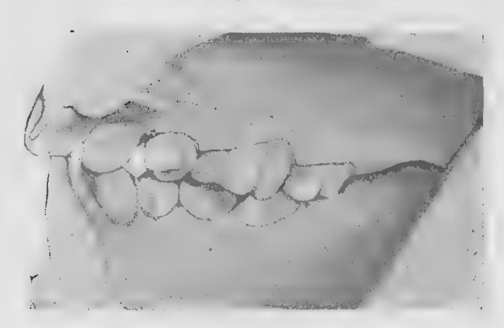


Fig. 16.

déclare que les quatre dents vont bien et sont aussi solides qu'avant l'opération.

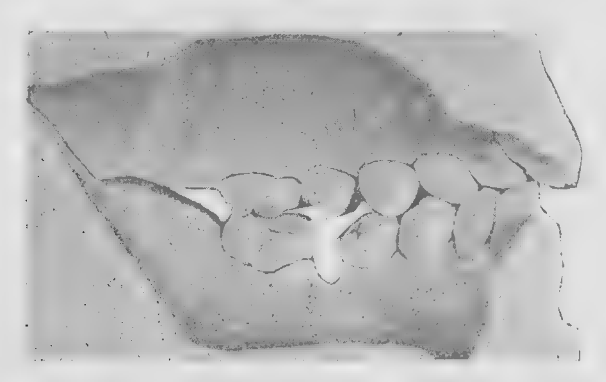


Fig. 17.

La série des figures qui viennent après représente un cas quelque peu typique d'une irrégularité commune à l'âge adulte. Le patient

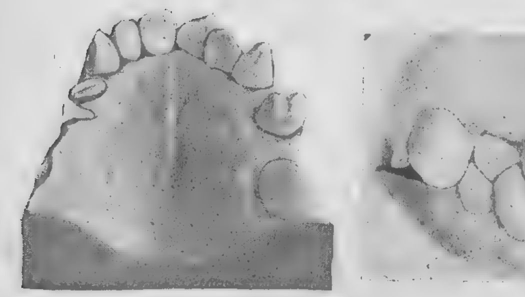


Fig. 18. Fig. 19.

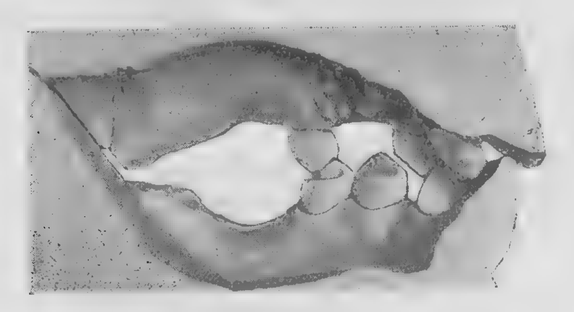


Fig. 20.

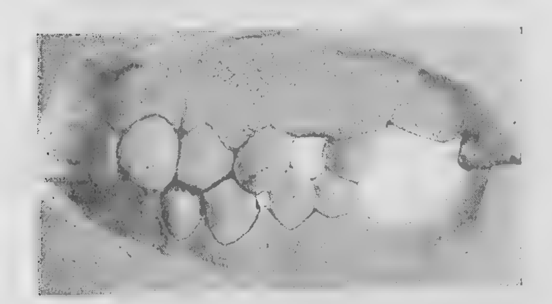


Fig. 21.

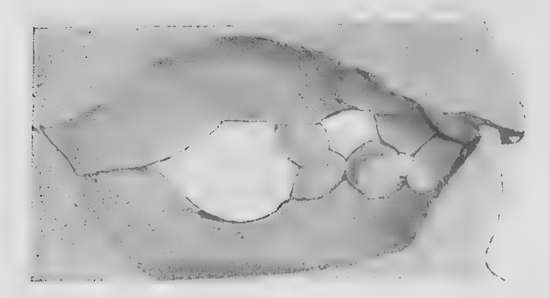


Fig. 22.

avait 36 ans et demandait un travail à pont ou un dentier artificiel. L'utilité de ces pièces est notablement amoindrie si l'une des dents devait avoir pour effet que le libre mouvement des maxillaires l'un



Fig. 23.

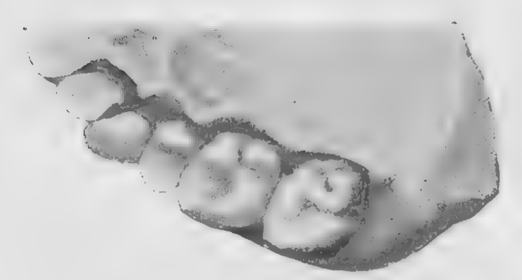


Fig. 24.

sur l'autre fût réellement gêné. Deux incisions à la scie circulaire furent pratiquées avec le tour dentaire sur chaque côté de l'incisive latérale supérieure gauche, qui fut alors aisément luxée dans sa position convenable dans l'arcade et liée comme dans les cas précédents. Il ne fut pas employé d'anesthésique et toute l'opération

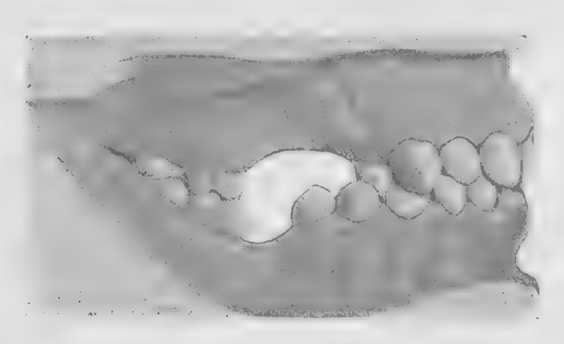


Fig. 25.

fut achevée en un quart d'heure. Deux ans et trois mois après, la dent a un aspect parfaitement normal.

Une autre série de figures représente le traitement analogue, suivi de succès également, d'une première bicuspide supérieure droite, ainsi que le moyen simple et excellent de mettre une attelle dans ce cas à l'aide de deux réglettes de platine soudées ensemble.

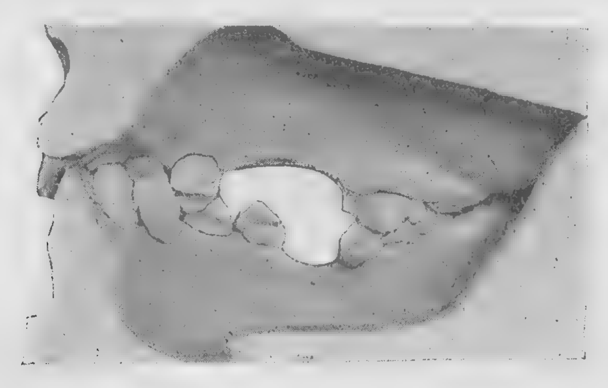


Fig. 26.

Une autre série représente des études préliminaires sur le moulage en plâtre pour montrer l'emploi de la méthode dans d'autres cas d'irrégularités chez les adultes, mais où le patient ou le dentiste de la famille a désapprouvé l'opération.

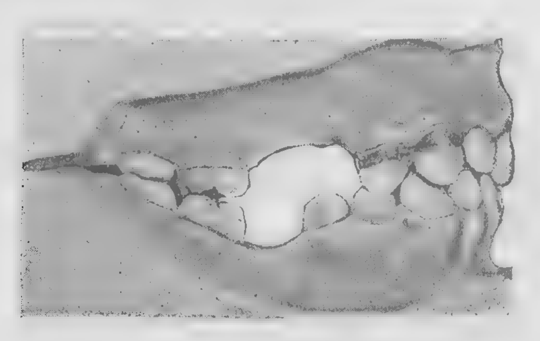


Fig. 27.

On pourrait citer d'autres cas, mais ceux-là suffisent à montrer toutes les difficultés et la variété des échecs possibles. L'expérience aidant, les méthodes opératoires se sont perfectionnées de façon à éviter le retour de maints insuccès antérieurs. Il est possible dans la plupart des cas, avec la scie circulaire et des daviers perfectionnés à sectionner les alvéoles, de mouvoir la dent avec son revêtement périostique et osseux, évitant ainsi une extraction et une anti-implantation involontaire et, dans la plupart des cas, la mort subséquente de la pulpe.

La méthode du Dr Bryan, de Bâle, qui, en même temps que moi, présenta une communication sur ce sujet à la Société dentaire

américaine d'Europe en 1891, consiste à enlever partiellement l'alvéole épais avec des forets et des fraises à longue rainure, ou, quand

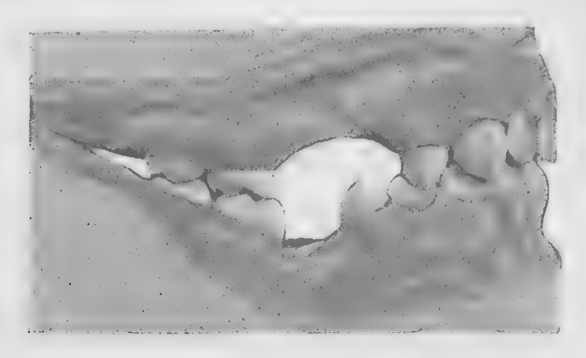


Fig. 28.

l'alvéole est mince, à tailler la paroi alvéolaire externe avec un ciseau demi-rond, en forme de coin, en introduisant la pointe de

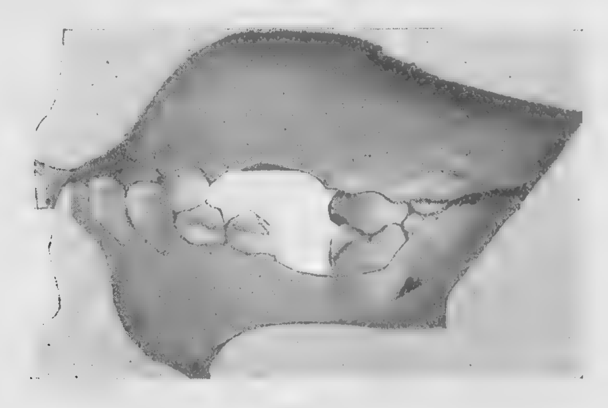


Fig. 29.

l'instrument entre la couronne et l'os et en la faisant pénétrer le long de la racine jusqu'à ce qu'on ait obtenu assez d'espace pour amener la dent en place au dehors de la dent inférieure. Depuis ma communication au Congrès de Chicago en 1893, il a modifié cette méthode pour se rapprocher davantage de la modification à la scie que j'ai proposée en coupant à demi à travers le septum de chaque côté de la dent avec une scie circulaire.

Traitement.

Vous avez pu remarquer que toutes les opérations ont été exécutées sur le maxillaire supérieur. En discutant cette opération avec M. Treves, ce dernier m'a manifesté sa surprise que je n'aie pas commencé par le maxillaire inférieur. Il pense que l'opération, en

raison du caractère du tissu osseux et de la circulation sanguine, donnerait ainsi des résultats meilleurs et plus durables. Quoi qu'il en soit, cette opération n'aurait relativement que peu de valeur si le maxillaire supérieur ne donnait pas de bons résultats durables avec la fréquence beaucoup plus grande d'irrégularités qu'il présente. Je n'ai eu qu'une seule occasion d'opérer sur le maxillaire inférieur avec ce que j'appellerai des conditions avantageuses.

Dans la bouche d'un jeune homme bien portant de 21 ans, la première molaire inférieure, dont il ne restait que les racines, avait un abcès et la 2e bicuspide inférieure était inactive parce qu'elle était si tordue en dedans que la surface masticante se présentait vers la langue. Le 12 mars 1894, les racines de la molaire furent extraites, des entailles à la scie furent faites dans l'alvéole aussi profondément que la scie le permettait sur les faces mésiale et distale de la bicuspide et la dent s'élevait d'un angle de 45° environ avec la position verticale. Une partie de la couronne fut meulée et la dent fixée avec une attelle à double matrice. Il ne fut pas employé d'anesthésique et le patient déclara que les entailles à la scie ne l'incommodèrent pas autant que le déplacement de la dent et du segment d'os, mais que la douleur disparut rapidement. Le mouvement de la dent exigea beaucoup de force, et, à un craquement marqué bien caractérisé à la fin, je soupçonnai que l'extrémité de la dent avait été fracturée dans l'alvéole. En traitant le cas le lendemain, le patient me déclara qu'il se trouvait tout à fait bien. Le 8e jour l'attelle fut enlevée et, le lendemain, la couronne fut meulée pour recevoir une virole d'or. Le 15e jour, en excavant une cavité mésio-coronale cariée qui s'étendait jusqu'à la pulpe, je constatai que la pulpe s'était rétrécie dans sa chambre et était insensible. Un traitement du canal radiculaire s'ensuivit et, le 20e jour, un pont, consistant dans une coiffe d'or de la bicuspide, rattaché par une barre masticante à un revêtement à ancre d'or platiné dans une cavité coronaire de la 2e molaire, fut cimenté sur place. Quinze mois après l'opération, le cas fut examiné et on constata que le pont était solide et rendait de bons services pendant la mastication et que les parties voisines étaient tout à fait bien portantes.

Instruments. — Il est clair qu'on peut faire beaucoup avec les instruments ordinaires dont on dispose, mais il est évident aussi que des instruments perfectionnés, parfaitement convenables, sont préférables. La pince de Bryan me semble avoir un emploi très limité et, dans certains cas, ne vaut pas autant que la pince ordinaire. Le Dr Aguilar, de Cadix, a apporté à la première une modification qui consiste en un seul instrument de la pince et du point d'appui ou support alvéolaire. Il faut des mandrins à épaulement carré pour scies circulaires larges, minces, mais pas assez minces pour se courber. Peut-être que généralement un instrument utile serait un nouveau séparateur alvéolaire, une sorte de combinaison de la pince de Physick, qui, à l'origine, était un élévateur, et de la pince chirurgicale ordinaire à os.

Conditions de l'opération. — Cette opération ne doit pas être faite

dans une bouche malpropre, conséquemment tout le tartre doit être enlevé, les gencives doivent être en bon état et toutes les cavités doivent être excavées et obturées auparavant. Se garder d'employer la méthode, à moins d'être absolument sûr de tous ces détails opératoires, car vous pouvez être pourvu de scies circulaires et d'un tour dentaire qui vous laisse dans l'embarras. L'action directe est bien préférable au tour à corde pour cette opération.

Mouvement de l'apex de la racine. — Il est clair que dans beaucoup des cas relatés, sinon dans la plupart, l'apex avait été enlevé. A noter cependant que dans les derniers le but a été de mouvoir la dent dans son alvéole ou la plus grande partie de celle-ci avec tous ses accessoires, périoste, os, nerf, vaisseaux, en comptant sur la facilité bien connue de l'os de se refaire.

Traitement immédiat.

Dans certains cas, d'autant que les nerfs et les vaisseaux sanguins d'une dent ne sont pas tendus, mais plutôt lâches et mous, il est possible que l'apex d'une racine soit mû sans disjonction véritable. On peut remarquer que toutes les dents opérées ont été mues en dehors ou en arrière et on peut se demander comment les mouvoir en dedans. Dans le maxillaire supérieur on peut pratiquer un trou dans lequel la dent et la section d'os peuvent être mus ou laisser se mouvoir en raison d'une absorption ultérieure, et dans le maxillaire inférieur le segment coupé à la scie peut aussi bien être mû vers l'intérieur que vers l'extérieur.

La douleur accompagnant une opération est toujours un facteur important. Il faut cependant noter que, dans la majorité de ces opérations, sérieuses comme elles l'étaient, il ne fut pas employé d'anesthésique, ce qui tend à prouver que l'opération, si terrible qu'elle puisse paraître, ne l'est pas autant qu'elle le semble tout d'abord. Pour faire sortir les dents et dans les cas simples, la douleur est très légère et de courte durée.

Quant aux résultats, si mon plaidoyer en faveur de la méthode chirurgicale était basé sur un seul cas où cinq dents contiguës ont été amenées à une distance sensible et ont conservé toute leur intégrité fonctionnelle après 3 ans, il suffirait à vaincre le préjugé bien naturel contre une méthode de traitement, en apparence irrégulière et radicale.

Tout aussi importantes, tout aussi convaincantes sont les expériences d'autres opérateurs, notamment du Dr Bryan, qui a déclaré, en 1892, qu'il avait employé la vieille méthode 15 fois depuis 1888 avec 13 succès. En juin 1895 il écrivit : « J'ai en ce moment plusieurs cas de cuspides et d'incisives en bonne voie, mais dans quelques cas plus anciens où il y avait une grande irrégularité, ou bien où la dent était déplacée à une grande distance, les pulpes sont mortes pendant l'opération. Dans tous les cas où les racines n'étaient pas totalement développées, par exemple chez les enfants de 6 à 8 ans, cette méthode a des effets admirables. »

Il est évident qu'il a la même confiance que moi et il n'a pas

hésité à appliquer cette méthode à un membre de sa famille. Je crois que M. Paterson l'a adoptée avec succès et je suis particulièrement heureux que M. Spokes l'ait employée pour le traitement des enfants abandonnés et des orphelins. L'enquête de l'Association dentaire britannique témoigne de la fréquence dans toutes les générations des enfants des écoles d'une forte proportion d'enfants à dents irrégulières. Il faut être dentiste pour comprendre l'impossibilité de traiter même une proportion raisonnable de ces cas par les méthodes habituelles de redressement consacrées par le temps — et avec juste raison — surtout chez les enfants très pauvres et à la charge de l'Etat. Avec cette méthode de traitement rapide immédiat nous avons le moyen de remédier à une situation qui, autrement, serait sans remède et de transformer maint être humain carnivore et, comme tel, dépourvu de puissance masticante en être omnivore, avec nous les mouvements latéraux efficaces qui sont essentiels à une mastication parfaite et, par suite, à la digestion.

Si, comme je le suppose, le véritable but du dentiste est de conserver l'intégrité fonctionnelle de la denture et de la réparer quand elle est perdue, en tant que facteur physiologique de la plus grande importance, il faut admettre que la méthode immédiate, tout en ne supplantant nullement les anciennes méthodes, qui offrent une plus grande sécurité, remplit une lacune, puisqu'elle nous donne un moyen sûr de traitement quand les moyens mécaniques ne peuvent être employés parce que l'époque la plus propice s'est écoulée sans que l'irrégularité ait été corrigée ou, mieux encore, parce que le patient n'a pas les moyens de nous demander ce que donne un traitement beaucoup plus coûteux.

Après tout, que peut-il arriver de pire dans les cas bien dirigés, si ce n'est la mort d'une pulpe ? A coup sûr une dent sans pulpe, mais bien traitée, même si elle a perdu beaucoup de sa couleur naturelle, placée d'une façon symétrique par rapport aux autres, articulant convenablement et ne les gênant pas, vaut mieux, beaucoup mieux qu'une dent dans toute sa beauté primitive hors de l'arcade et gênant la mastication. La mastication seule a été invoquée ; mais dans certains cas il en est résulté un meilleur aspect et une amélioration de la parole, ce qui n'est pas sans valeur.

Pour terminer, je désire spécialement adresser mes remerciements aux patients qui se sont soumis courageusement à une expérience quelque peu hardie dans l'espoir qu'elle pourrait être utile à d'autres.

LA MEMBRANE ALVÉOLO-DENTAIRE

(SA NATURE ET SON HISTOLOGIE)

Par M. MENDEL JOSEPH.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

En poursuivant avec méthode et par ordre chronologique l'étude des travaux consacrés à la membrane alvéolo-dentaire, il est aisé de constater que les notions d'histologie de cette membrane ont passé par deux phases essentiellement distinctes. L'expression *passée*, appliquée pour la circonstance, est peut-être inexacte, car *ces deux phases*, qui se succèdent, et que l'on peut justement considérer comme deux étapes de l'évolution de nos connaissances sur la nature de la membrane, correspondent à deux hypothèses différentes *actuellement admises* et se disputant encore la priorité.

La membrane alvéolo-dentaire est-elle un périoste ou un ligament, ou bien participe-t-elle de la constitution de l'une et de l'autre de ces formations, et, par les caractères distinctifs qui lui sont spéciaux, mérite-t-elle d'être considérée comme un tissu à part? Je ne saurais prétendre, dans cette étude succincte, résoudre cette question d'une complexité considérable. Mon but, bien plus modeste, est simplement de mettre la question au point et de présenter, sans idée préconçue, l'état actuel de nos connaissances à ce sujet.

Il me semble utile, avant d'entrer dans l'exposé analytique que je me propose, de bien préciser les notions que nous possédons sur le périoste et le ligament.

Qu'est-ce que le périoste? C'est une membrane fibro-vasculaire qui recouvre la surface des os et qui leur sert d'organe de protection et de reproduction. Son adhérence généralement très intime à l'os est due aux nombreux vaisseaux et nerfs qui pénètrent dans les tissus osseux, ainsi qu'à la présence des fibres perforantes de Sharpey.

Histologiquement le périoste offre à distinguer deux couches :

1° Une couche externe ou superficielle formée d'un feutrage assez dense de fibres conjonctives et de fibres élastiques dans lequel se trouvent disséminées des cellules conjonctives plates.

2° Une couche interne ou profonde présentant le même feutrage, avec prédominance des éléments élastiques, auquel viennent s'ajouter les cellules embryonnaires et les fibres de Sharpey. Les éléments embryonnaires ou ostéoblastes se rencontrent surtout autour des os jeunes en voie d'évolution. A cet ensemble d'éléments correspondent une vascularisation très intense et de nombreux filaments nerveux.

Qu'est-ce que le ligament? C'est aussi, comme le périoste, une formation de tissu fibro-vasculaire. On y trouve, d'après Sappey, les fibres et cellules conjonctives, les cellules cartilagineuses, les

fibres élastiques, les artères et veines fort nombreuses, les nerfs multiples et les cellules adipeuses.

1° Les fibres conjonctives forment des faisceaux volumineux, très résistants, un peu ondulés, disposés régulièrement et très serrés entre eux.

Les fibres élastiques se montrent sous forme de noyaux et sous forme de fibres élastiques fines ; elles coupent perpendiculairement la direction du faisceau fibreux et représentent à peine la centième partie du tissu ligamenteux.

Les cellules cartilagineuses sont, d'après Sappey, toujours présentes dans les ligaments, surtout au voisinage de leur insertion et particulièrement dans les ligaments intersosseux. Les vaisseaux et les nerfs sont aussi nombreux que dans le périoste ; il en est de même des vésicules adipeuses.

Ainsi, anatomiquement, le ligament se distingue du périoste par la disposition régulière et parallèle de ses faisceaux fibreux formant une texture homogène et non divisible en deux couches superposées, par la présence de cellules cartilagineuses ; enfin, par l'absence des ostéoblastes et des fibres perforantes de Sharpey.

Au point de vue physiologique, la distinction est essentielle : alors que le ligament n'est simplement qu'un élément d'articulation, qu'un organe d'union, le périoste joue, lui, un rôle beaucoup plus complexe ; il n'est pas uniquement une membrane de protection, une enveloppe fibreuse, mais aussi et surtout un organe de nutrition et de reproduction du tissu osseux.

Ce court passage, qui fixera et précisera nos souvenirs, nous permettra de suivre mieux les données analytiques que nous allons présenter.

Dans la dernière moitié du siècle précédent, ainsi que dans la première moitié de notre siècle, on ne trouve que des notions tout à fait rudimentaires sur la membrane alvéolo-dentaire. Fauchard, dans son travail « *Le chirurgien-dentiste de* 1780 », remarque simplement que « les racines, de même que les alvéoles, se trouvent recouvertes d'un périoste qui leur est commun ».

Presque tout aussi élémentaires sont à ce sujet les notions de Hunter, qui les formula en 1745 dans son *Traité des dents humaines :* « Le périoste dentaire, dit-il, est mince, vasculaire et paraît être commun à la dent qu'il recouvre et à l'alvéole qu'il tapisse, à la manière des membranes internes ; il recouvre la dent un peu au-delà de l'alvéole et vient adhérer à la gencive. »

En 1856 Spence Bate exprima des vues assez originales pour son temps ; il distingua dans la membrane alvéolo-dentaire deux feuillets, dont l'un, alvéolaire, serait d'origine osseuse et l'autre, péridentaire, d'origine dermique. « La distinction des caractères existant entre la membrane péridentaire et le périoste alvéolaire est mise en évidence par ce fait qu'aucune union osseuse ne peut avoir lieu entre les deux membranes, et qu'il n'existe pas de cas d'ankylose entre les dents et le maxillaire chez les mammifères. »

Cette idée de la dualité de la membrane a été, on le verra, reprise plus tard par quelques auteurs et défendue, non sans talent, par M. Ingersoll.

Il faut arriver à Kölliker pour avoir une description histologique précise de la membrane alvéolo-dentaire. Il l'assimilait au périoste normal et distinguait deux couches : « la couche externe, constituée principalement de tissu connectif avec quelques cellules graisseuses et qui est le siège principal de véritables vaisseaux et nerfs de ce périoste, et la couche interne, composée par des fibres de tissu élastique, ordinairement très fins et formant un réseau continu et souvent très serré ».

Les descriptions de Kölliker se trouvent en accord avec les observations de Tomes, qui, lui aussi, distingue dans la membrane, qu'il nomme périoste alvéolo-dentaire, deux couches : « Dans le plan le plus rapproché de la paroi alvéolaire, les fibres du périoste se groupent en faisceaux très apparents ; en effet, à ce niveau le périoste ressemble beaucoup à une membrane fibreuse ordinaire ; dans le plan plus profond par lequel il s'unit au cément, le périoste est formé d'un fin lacet de faisceaux entrecroisés, dont le plus grand nombre viennent se perdre à la surface du cément.

Le même auteur constate, d'autre part, l'absence des fibres élastiques.

Quant aux idées exprimées par Spence Bate, Ch. Tomes remarque que « les deux couches du périoste, quoique différentes par leurs caractères histologiques, sont intimement unies et présentent une unité indivisible ».

Salter constate l'absence des fibres élastiques et des vésicules adipeuses, ce qui le conduit à admettre que le périoste alvéolo-dentaire a des caractères spéciaux distincts du périoste ordinaire.

Magitot a pendant longtemps, avant son adhésion à l'hypothèse ligamenteuse, soutenu la théorie périostique de la membrane ; dans l'article « dent » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ; il est plus indécis dans ses affirmations, comme en témoigne le passage suivant :

« La structure de cette membrane participe en même temps de la constitution de la muqueuse et de celle du périoste osseux : aussi peut-on la considérer comme intermédiaire à ces deux dernières. On la trouve composée, en effet, d'une trame fibreuse simple, sans éléments élastiques, parcourue par un réseau vasculaire très riche et de nombreuses ramifications nerveuses. »

Partisan, au début de la dualité de la membrane, il finit par admettre une membrane unique anatomiquement indissécable.

Wedl, après avoir simplement répété les affirmations de Magitot, apporte des renseignements intéressants au sujet de la vascularisation de la membrane. Selon lui, les vaisseaux dérivent de trois sources différentes : « les uns, à direction longitudinale, proviennent de la couche sous-muqueuse de la gencive ; les autres arrivent du paquet vasculaire nerveux de la pulpe dentaire ; enfin les troisièmes, des systèmes vasculaires du tissu alvéolaire ».

Pietkiewicz envisage la membrane alvéolo-dentaire comme un simple périoste dont la portion alvéolaire présenterait une structure différente de celle attenant au cément ; mais, ajoute-t-il, « ces deux parties ne sont nullement séparables, elles forment une seule et même membrane constituée par les mêmes éléments dans toute son épaisseur, seulement à des périodes différentes suivant les points où on la considère ».

Bödecker, dans son important travail « *The anatomy and pathology of the teeth* », consacre à la membrane alvéolo-dentaire une description d'ensemble et de détails véritablement magistrale.

Il décrit la membrane, qu'il nomme péricément, comme présentant deux variétés de structure, l'une myxomateuse, l'autre fibreuse, et bien qu'il la considère comme une formation de tissu connectif identique avec le périoste, sa variété fibreuse du péricément se rapproche sensiblement des caractères histologiques du ligament alvéolo-dentaire de Sarrau et de Malassez.

Cet auteur a rencontré la variété myxomateuse, comme règle, chez les jeunes sujets : « elle est constituée de fibres délicates ou de faisceaux fibreux entrecroisés présentant souvent une nucléole arrondie ou oblongue dans ses points d'intersection. Les mailles renferment tantôt une substance hyaline, sans structure apparente, parfois finement granuleuse, tantôt des corps protoplasmiques, pourvus d'un nombre variable de nucléoles. Plus les couches approchent le cément, plus le réticule en est étroit et plus les corps protoplasmiques qui y sont inclus deviennent petits. Ces derniers, dans le voisinage immédiat du cément, sont disposés en rangées plus ou moins régulières, entièrement analogues au corps protoplasmique, groupé autour du tissu osseux en voie de développement, connu depuis Gegenbauer comme « ostéoblastes ». Certaines mailles de tissu myxomateux sont considérablement plus larges et contiennent des corps protoplasmiques multinucléaires nommés « myéloplaxes » par Robin, « cellules géantes » par Wirchow, « cellules myéloïdes » par les auteurs anglais. D'autres mailles contiennent des globules graisseux qui, dans les spécimens conservés et durcis dans une solution d'acide chromique, contiennent très souvent des espaces clos ainsi nommés *vacuoles*. Le réticulum myxomateux est traversé par de nombreux vaisseaux sanguins, principalement des capillaires et des veines, dont quelques-uns pénètrent dans les espaces médullaires de l'os compact des parois alvéolaires... J'ai rencontré seulement quelques fibres nerveuses dans mes spécimens.

« La seconde variété du péricément est formée de tissu connectif fibreux et prédomine chez les adultes et les personnes d'un âge avancé. Les paquets de tissu connectif *peuvent être uniformes dans toute l'étendue du péricément*, ou il peut exister une zone de tissu myxomateux près du cément. Les faisceaux sont formés d'un nombre de fibres contenant une quantité variable de corps protoplasmiques dispersés, alternant avec les faisceaux du délicat tissu connectif qui sont directement attachés au cément ; immédiatement après on voit des rangées d'ostéoblastes. »

Ainsi Kölliker, Laller, Tomes, Magitot, Wedl, Pietkiewicz, Bödecker sont tous d'accord sur les points suivants :

1° La membrane alvéolo-dentaire est un tissu connectif fibro-vasculaire ;

2° Cette membrane est assimilable au périoste ordinaire ;

3° Elle est constituée histologiquement de deux couches, dont l'interne ou cémentaire est réticulaire, tandis que l'autre est fibreuse ;

4° Ces deux couches, quoique histologiquement distinctes, sont anatomiquement indissécables.

Quoique cela, il n'est pas bien difficile de remarquer à la lecture des citations que je viens de faire, que l'assimilation de cette membrane avec le périoste normal ne saurait être prise en des termes absolus, et loin de les identifier histologiquement, ainsi que le fait Bödecker, il conviendrait de leur reconnaître une structure simplement analogue.

Tout en étant des formations de nature également fibro-connective, leur texture offre des différences nettement appréciables, pour justifier les remarques de Walter, les hésitations de Magitot, les présomptions de Spence Bate, d'Ingersoll, et enfin pour légitimer l'hypothèse de la nature ligamenteuse de cette membrane.

Cette nouvelle hypothèse tend de plus en plus à s'affirmer, et si, à l'heure qu'il est, elle n'a pas réussi à détrôner la conception classique que nous avons de la membrane, elle lui a porté une atteinte considérable.

Mais avant de passer à l'étude de la théorie ligamenteuse de la membrane alvéolo-dentaire, je voudrais consacrer quelques lignes au travail de M. Ingersoll qui, avec une habileté indiscutable, plaida la dualité de cette membrane.

Comme nous l'avons déjà remarqué, c'est Spence Bate qui, le premier, a émis l'idée de la dualité de la membrane. A l'époque où il vivait, la science dentaire n'était qu'un embryon, et il lui a été impossible d'apporter à sa thèse autre chose qu'un simple raisonnement. M. Ingersoll a su, lui, tirer des contradictions des auteurs des arguments en apparence plus concluants pour affirmer sa thèse qu'il résume ainsi :

1° La membrane alvéolo-dentaire n'est pas identique avec le périoste. Elle ressemble au périoste en ce qu'elle est composée de deux couches, mais ces couches sont séparables dans la membrane radiculaire, ainsi que l'on peut s'en convaincre dans l'extraction des dents.

2° Les deux couches n'ont pas la même origine : l'une est d'origine osseuse, l'autre naît dans le follicule dentaire.

3° Les deux couches diffèrent dans leur structure ; la couche voisine du cément, d'abord réticulaire pour l'accommodation des cémentoblastes, passe visiblement en faisceaux de fibres parallèles, poursuivant une direction oblique jusqu'à ce qu'ils arrivent en contact avec la seconde couche ; là les faisceaux s'innervent parallèlement aux surfaces interne et externe de la membrane ; par ce changement d'obliquité nous perdons l'évidence de la continuité des fibres

d'un côté à l'autre de la membrane et leur union aux parois de l'alvéole ; enfin le feuillet voisin de la paroi alvéolaire présente la structure d'un périoste ordinaire.

4° Elles ont des fonctions différentes : l'une étant l'organe de formation de l'os alvéolaire, l'autre formant le cément.

5° Elles ont des sources différentes de vascularisation d'innervation ; comme il n'a pas été observé que les vaisseaux et les nerfs traversent la membrane d'un côté à l'autre, il est fort probable que la différence des sources des éléments nerveux et vasculaires répond à un besoin physiologique résultant de la dualité de la membrane.

6° La pathologie affirme les mêmes faits ; la différence de susceptibilité de deux feuillets aux influences morbides, comme dans le cas de cémentose (aucune union cémentaire entre la racine et l'alvéole n'étant jamais été observée) prouve que les feuillets recouvrant respectivement les tissus durs ne sont pas sous le contrôle des mêmes nerfs et ne sont pas pourvus de mêmes vaisseaux sanguins.

7° La guérison rapide et presque constante, par absorption, sans exfoliation du procès alvéolaire après l'extraction, prouve jusqu'à l'évidence que la cavité alvéolaire est tapissée d'une membrane après l'opération, ce qui est, avec la membrane qui recouvre la racine extraite, un argument démonstratif de la dualité de la membrane alvéolo-dentaire.

On pourrait judicieusement faire à ces conclusions les objections suivantes :

1° L'extraction de la dent et la guérison ultérieure, sans exfoliation, des parois alvéolaires n'autorisent pas à admettre que la membrane alvéolo-dentaire est dissécable en deux feuillets dont l'un est entraîné avec la racine et l'autre reste en demeure dans la cavité alvéolaire.

2° La différence d'origine de ces deux prétendus feuillets n'a jamais été prouvée, mais bien le contraire.

3° Les descriptions de la structure histologique de la membrane sont basées sur l'examen d'un spécimen qu'il considère lui-même comme unique et exceptionnel dans la collection, pourtant bien riche, de Black.

4° Il n'est point démontré que la couche alvéolaire de la membrane ait pour fonction la formation du tissu osseux de l'alvéole, mais bien au contraire, les travaux de Robin, de Legros et Magitot prouvent que la membrane alvéolo-dentaire, qui n'est que la portion restante de la paroi folliculaire, ne prend adhérence à l'os qu'au moment de la formation des racines, c'est-à-dire longtemps après que les parois osseuses de l'alvéole sont formées.

M. Beltrami, dans sa thèse inaugurale, « *De l'articulation alvéolo-dentaire chez l'homme* », se prononce aussi pour la dualité de la membrane ; mais sa thèse est d'une conception différente de celle de M. Ingersoll et est directement liée à l'hypothèse de la nature ligamenteuse de cette membrane.

C'est en 1880 que la théorie du ligament alvéolo-dentaire a été

pour la première fois exprimée par M. Aguilhon de Sarran dans une communication faite à la Société de chirurgie sur la « *Pathogénie de la gingivite expulsive* ».

Pénétré de la distinction que Robin établissait entre le tissu lamineux ou cellulaire et le tissu fibreux, et partant de cette distinction, il dit :

« D'un côté (tissu lamineux) nous voyons les faisceaux des fibres disposés en nappe, entrecroisés entre eux, entourés de fibres élastiques en spirales ; au milieu d'eux, entrecroisés dans tous les sens, se trouvent des capillaires, des lymphatiques, des nerfs.

» D'un autre côté, dans le tissu fibreux ces mêmes faisceaux sont cylindriques ou polyédriques, régulièrement juxtaposés ; leur coupe transversale permet de distinguer des points brillants qui ne sont autre chose que des sections des fibres élastiques qu'ils contiennent dans leur épaisseur. Entre ces faisceaux juxtaposés se trouve du tissu lamineux accompagné de vaisseaux.....

» Ces derniers caractères se retrouvent avec quelques variétés dans les ligaments, les tendons et aussi dans la membrane alvéolo-dentaire. Or, le périoste est classé par Robin lui-même parmi les organes formés de tissu lamineux et non parmi ceux qui, comme la membrane qui nous occupe, sont manifestement formés de tissu fibreux. »

Plus loin, continuant son étude, le même auteur ajoute : « Sur quelque point du squelette que l'on examine le périoste, on voit que ses fibres, dont la disposition est déjà plus régulière que celle des fibres du tissu lamineux sous-cutané ou sous-muqueux, sont toujours parallèles à la surface de l'os et se recourbent jusqu'à l'angle droit lorsqu'elles se transforment en fibres de Sharpey. Les faisceaux de la membrane alvéolaire sont, au contraire, régulièrement et transversalement disposés entre l'os et le cément. Les fibres de Sharpey qu'elle fournit sont la continuation, sans aucun changement de direction, des fibres molles... »

Dès lors la membrane alvéolo-dentaire cesse d'être un périoste, pour devenir un ligament. Point de complexité histologique, point de distinction en deux couches alvéolaire et cémentaire, point de discussion sur la dualité anatomique. La membrane serait simplement représentée par des faisceaux fibreux transversaux allant du cément à l'alvéole, par quelques fibres élastiques fines, enfin par les vaisseaux et les nerfs.

Ce premier plaidoyer en faveur de la théorie ligamenteuse n'ébranla point la notion classique que nous possédions sur la membrane. Cette notion semblait, d'ailleurs, assise sur des bases inébranlables. Elle avait pour appui les affirmations unanimes de tant de maîtres, de tant d'observateurs, compétents et consciencieux !

Comment admettre, en effet, que toute une pléiade de savants histologistes aient pu méconnaître, durant de longues années d'études, la vraie nature de la membrane alvéolaire ? Comment Kölliker, qui a su discerner du reste de la membrane la portion située au-dessus de l'alvéole et à laquelle il a donné le nom de *ligament dentaire circulaire*, qui, en examinant une coupe de maxillaire de chat, ne manque pas de comparer le tissu compris dans l'espace alvéolo-dentaire à un véritable ligament, a-t-il pu demeurer dans

une erreur si inexplicable ? Enfin, par quelle série de circonstances contraires, Tomes, l'auteur de l' « Anatomie dentaire humaine et comparée », ce chercheur minutieux et habile, aurait-il été amené à assimiler illégitimement deux tissus de constitution différente ?

Ces raisonnements bien justes, d'ailleurs, conduisirent à admettre que le travail de de Sarran, pour intéressant qu'il soit, exprime une idée inexacte, due à l'insuffisance d'observation.

Dans une nouvelle communication faite en 1884 à la Société de biologie, sur les *Kystes périostiques*, M. de Sarran affirma les considérations qu'il avait déjà exprimées sur la membrane alvéolo-dentaire. Il n'est que juste de remarquer ici que les quelques nouveaux éléments de son argumentation sont peu concluants ; ils sont d'ailleurs en désaccord avec les observations de Malassez qui, l'année suivante, apporta par son autorité un appui solide à l'hypothèse de de Sarran.

Cet auteur, dans un travail devenu classique sur les débris épithéliaux paradentaires, s'exprime ainsi au sujet de la membrane qui nous occupe :

« Je ferai tout d'abord remarquer que, s'il existait un véritable périoste entre le maxillaire et la dent, la mastication serait complètement impossible, car cette membrane serait sujette à des pressions considérables qui seraient atrocement douloureuses, en raison de la grande richesse en nerfs. Et, de fait, si l'on examine des coupes microscopiques longitudinales et transversales, comprenant à la fois et la dent et les parties voisines du maxillaire, on ne voit dans l'espace alvéolo-dentaire, rien qui ressemble à un périoste ou à toute autre membrane enveloppante ; on y voit de solides faisceaux fibreux qui, des parois de la cavité alvéolaire, vont en convergeant s'insérer à la surface de la racine dentaire, et forment ainsi, dans leur ensemble, une sorte de ligament circulaire ; ils pénètrent profondément, sous forme de fibres de Sharpey, dans le maxillaire comme dans le cément, ainsi que cela a lieu dans les solides insertions tendineuses. Quelques-uns des faisceaux, les plus superficiels de ceux qui partent du rebord alvéolaire, se dirigent parfois en haut ou sont horizontaux ; mais tous les autres ont en général leur point d'attache maxillaire plus élevé ou plus superficiel que le dentaire ; en sorte que la dent se trouve comme suspendue par le faisceau à l'intérieur de la cavité alvéolaire. La mastication ne pourra donc pas produire de ces compressions dont nous parlions plus haut, mais de simples tractions, comme sur tout ligament. De plus, il existe entre ces faisceaux tendineux de larges interstices remplis d'un tissu cellulaire lâche, communiquant avec les espaces médullaires voisins, et c'est dans ces interstices que se trouvent les volumineux vaisseaux et les nombreux nerfs de cette région ; il n'y aura donc pas à redouter la compression pour ces derniers. Qu'on ne s'étonne pas non plus de cette richesse vasculaire pour un ligament ; est-ce que le ligament interarticulaire de l'articulation coxo-fémorale n'est pas, lui aussi, très vasculaire ?

« Que si, enfin, nous jetons un coup d'œil sur les données de l'anatomie comparée, nous voyons que chez beaucoup d'animaux, les dents ne sont plus enfoncées dans les alvéoles, qu'elles se trouvent simplement comprises dans la muqueuse gingivale, mais qu'elles sont reliées au maxillaire par de solides faisceaux ligamenteux, les analogues de

notre prétendu périoste alvéolo-dentaire. Donc, à quelque point de vue que l'on se place, physiologie, histologie, anatomie comparée, il n'y a pas de périoste entre le maxillaire et la dent, il y a là un véritable ligament. »

L'autorité reconnue de M. Malassez en matière d'histologie, jointe aux faits indéniables de l'observation directe, ne pouvait manquer de créer un mouvement en faveur de la théorie ligamenteuse de la membrane en question. C'est ainsi que nous avons vu en 1892 M. Magitot, abandonnant l'ancienne théorie périostale, proclamer à la tribune de l'Académie la nouvelle théorie. Et il convient justement de remarquer que cette adhésion de l'irréductible théoricien n'est pas simplement un acte louable en lui-même, elle est aussi un nouvel appui à la théorie du ligament.

Les recherches de M. Collaud, de Genève, publiées dans son « *Etude sur le ligament alvéolo-dentaire* », le conduisent aux mêmes conclusions en faveur de l'hypothèse ligamenteuse de de Sarran. Et il signale un nouveau détail qui, avant lui, n'a pas été constaté : c'est la densité plus grande de la couche osseuse alvéolaire servant de points d'attache aux faisceaux ligamenteux ; l'auteur appelle cette couche *le cément alvéolaire.*

Si telles sont en effet les dispositions respectives des éléments constituant l'articulation alvéolo-dentaire, on s'explique difficilement, dans l'hypothèse de la nature ligamenteuse de notre membrane, comment, dans le cours des processus inflammatoires chroniques, si fréquents dans la région qui nous occupe, on n'a jamais constaté la formation de l'ankylose alvéolo-dentaire. La transformation osseuse du ligament alvéolo-dentaire serait-elle soumise à des conditions spéciales, distinctes de celles qui président aux modifications de même ordre dans d'autres appareils articulaires? L'objection de Spence Bate subsiste, comme on le voit, tout entière, en face de la nouvelle conception ligamenteuse.

On demeure également indécis à la pensée de cette fonction *exclusivement* cémentogène d'un ligament articulaire, fonction confinée à la portion radiculaire et aboutissant à la production des exocémentoses.

Ce sont vraisemblablement les mêmes idées, suggérées par les enseignements de la pathologie, mais surtout les considérations de physiologie, qui ont amené M. Beltrami à admettre l'hypothèse de la dualité de la membrane alvéolo-dentaire.

Pour cet auteur la membrane alvéolo-dentaire est bien un ligament, mais qui n'arrive à son parfait développement qu'une fois les racines entièrement et définitivement formées ; ce ligament n'en existe pas moins toujours sous forme de la couche fibreuse des anciens auteurs, alors que la couche réticulaire ou myxomateuse, comme le dit Bödecker, est en pleine transformation cémentaire.

Et voici pourquoi : suivant l'époque de l'évolution de l'appareil dentaire, on constate à l'examen microscopique tantôt l'aspect d'une membrane offrant deux couches distinctes et se rapprochant du périoste alvéolo-dentaire des auteurs anciens, tantôt l'aspect

fibreux du ligament, correspondant à l'état de différenciation définitive et ultime de cette même membrane alvéolo-dentaire.

Cette déduction nous paraît logique et fort admissible, mais il lui manque la sanction scientifique que seules les constatations directes confèrent. Il reste donc un champ ouvert aux investigations ultérieures.

PERFORATIONS PATHOLOGIQUES DES RACINES

Par M. Godon

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Séance du 2 juillet.

Je désire vous présenter deux observations intéressantes de perforations pathologiques de racines dentaires recueillies par mon assistant, M. R., à qui les malades furent confiés. (*Il présente une dent et un modèle.*)

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade de 35 ans environ qui s'est présenté à ma consultation le 7 janvier dernier. Il se plaignait de douleurs, à la pression, au-dessus de l'incisive centrale droite, atteinte de carie du 4e degré. Cette dent avait déjà donné lieu à plusieurs abcès fistuleux dont le dernier était fermé depuis quelques mois.

La cavité pulpaire fut ouverte et il fut procédé au nettoyage du canal de la dent. Les sondages successifs firent percevoir l'existence d'une masse charnue située à peu près à la hauteur de la moitié de la racine ; pendant le nettoyage, il s'écoula par la cavité pulpaire une grande quantité de pus mélangé de sang dont la sortie soulagea immédiatement le malade.

Pendant le mois de janvier et les premiers jours de février, le canal de la dent fut lavé à l'eau alcoolisée, à peu près tous les deux ou trois jours, nettoyé et pansé avec des mèches trempées dans une solution de sublimé, une mèche iodoformée restant dans le canal entre les visites.

Le 7 février, il y eut une amélioration très marquée — la dent était solide, il ne restait plus sur les mèches que les traces d'un petit suintement purulent.

Le pansement fut continué comme précédemment en remplaçant la mèche iodoformée par la pâte au sublimé de Witzel, les 7, 9, 11, 13, 15 et 19 février.

Le 21, toute suppuration ayant disparu depuis plusieurs jours, la dent fut obturée à la gutta-percha, en laissant une mèche sublimée dans le canal.

Le 28, en retirant la mèche, on trouva un peu de pus ; la dent fut alors bien nettoyée et pansée avec le stérésol.

Le 8 mars, on obtura de nouveau à la gutta en laissant une mèche au stérésol dans la racine.

Le 16, la douleur était revenue et, en retirant la mèche, on trouva une certaine quantité de pus.

On recommença les pansements au sublimé les 16, 20, 25 et 29 mars, les 2, 4, 8 et 11 avril, sans obtenir aucune amélioration autre que la cessation de la douleur.

La dent fut alors extraite le 13 et nous constatâmes l'existence d'une cavité occupant le milieu de la racine et ayant une ouverture assez étendue sur sa paroi labiale, ainsi que vous pouvez le voir, cavité qui a été cause de l'échec du traitement, comme le constata le malade qui en avait suivi avec intérêt toutes les phases.

Le second cas a une certaine analogie avec le premier, quoique la terminaison en ait été bien différente.

Une dame X..., d'une quarantaine d'années, fut confiée à mon assistant, à peu près vers la même époque, pour le traitement de plusieurs dents.

Le 18 février, il lui trépana l'incisive latérale supérieure gauche obturée au ciment depuis plusieurs années et douloureuse à la pression par suite de la mortification de la pulpe. La dent trépanée fut pansée avec une mèche trempée dans la créosote après nettoyage du canal.

La malade, atteinte d'influenza, ne revint que le 25, soit 7 jours après. Nous constatâmes la mortification de la gencive au-dessus de cette dent : lavages à l'eau tiède alcoolisée, mèche iodoformée dans le canal et badigeonnage de la gencive avec de la teinture d'iode et alcoolature d'aconit.

Le 28, même traitement.

Le 2 mars, chute de l'eschare et mise à nu de la table externe de l'alvéole dont une partie est nécrosée, lavages antiseptiques, pansement iodoformé dans la racine et cautérisations au fer rouge sur l'alvéole et la gencive.

Les 6, 9 et 12 mars, même état et même traitement.

Les 14, 18, 21 et 30, élimination d'un séquestre qui mit à découvert une ouverture de la racine sur sa face distale à trois millimètres de l'apex.

Les 13 et 20 avril, pansements, cicatrisation de la gencive et consolidation relative de la dent, dont la cavité radiculaire fut obturée.

Comme vous le voyez, nous sommes en présence de deux cas analogues de perforations radiculaires comme complications de périodontite chronique.

Mais, tandis que, dans le premier cas, la perforation, après un essai suffisamment long du traitement conservateur, a rendu nécessaire l'extraction de la dent, dans le second cas, au contraire, une perforation analogue a provoqué, par le passage des médicaments caustiques employés comme antiseptiques, la nécrose d'une partie de la paroi externe de l'alvéole et la mortification de la gencive qui la recouvrait, sans empêcher, lorsque la cavité radiculaire fut obturée, la consolidation et la cicatrisation de la gencive.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LETTRES DE LA PROVINCE

Lyon, le 31 octobre 1895.

Mon cher directeur,

Voulez-vous donner l'hospitalité de l'*Odontologie* à quelques remarques d'un provincial ?

C'est avec la plus grande satisfaction que je vois les dentistes de province s'organiser à leur tour et faire preuve d'existence en fondant des sociétés, en contribuant au succès des Congrès dentaires nationaux que vous avez eu la bonne pensée de susciter.

Le succès du Congrès de Bordeaux contribuera beaucoup à faire des Congrès futurs, et je suis convaincu qu'ils deviendront les grandes assises pour tous ceux qui s'intéressent au progrès, au mouvement des idées et des faits en ce qui concerne la science et les intérêts corporatifs.

Malheureusement ces réunions ne peuvent être toujours suivies par le plus grand nombre des praticiens. Voyage et séjour sont coûteux et quelquefois au-dessus des ressources de modestes confrères. Encore, les *Congrès* ne sont-ils qu'annuels!

C'est un pas de fait pour l'avenir que l'existence de ces Congrès, nous en convenons.

Mais il est évident qu'ils ne peuvent suffire à l'instruction permanente et en quelque sorte au jour le jour des dentistes. Des Sociétés dentaires existent à *Paris*, dans le *Sud-Ouest* et dans le *Sud-Est* de la France.

Des réunions mensuelles sont organisées par les soins des comités qui les dirigent. On y travaille, on y discute, on y apprécie les présentations diverses faites par les différents membres etc. : on se tient au courant de tout ce qui concerne notre art, tant en France qu'à l'étranger. N'est-ce pas un exemple à suivre ?

Que ne faisons-nous comme nos collègues de *Paris*, du *Sud-Ouest* et du *Sud-Est*, dentistes du *Cher*, *Allier*, *Haute-Vienne*, *Loire*, *Haute-Loire*, *Puy-de-Dôme*, *Rhône*, *Isère*, *Ain*, *Ardèche*, *Doubs*, *Saône-et-Loire*, *Côte-d'Or*, *Deux Savoie*, etc. ?

Que ne faisons-nous œuvre de Société, nous aussi, afin de bénéficier de ce qu'une association bien entendue peut donner, et qui peut se résumer en quelques formules sur lesquelles nous appelons toute votre attention :

La meilleure des occasions pour les dentistes de nouer entre eux des relations amicales dont, tôt ou tard, ils n'auront qu'à se louer ;

Entraînement scientifique et ses bienfaits immédiats ;

Relèvement de la profession aux yeux du public, ce que ne peuvent faire ni la loi de 1892, ni le dentiste *isolé* ;

Défense des intérêts professionnels, ce qui entraîne la question honoraires, *Tarif Minima*, Syndicat ;

Etude des moyens à employer pour le recrutement des futurs dentistes conformément à la loi de 1892.

Dans l'intérêt général, et au moment où toutes les professions se coalisent pour se défendre, nous ne pouvons rester en arrière. C'est pourquoi nous faisons appel à toutes les bonnes volontés.

Puissions-nous être compris, et voir affluer des adhésions nombreuses.

Si notre tentative échoue, nous ne perdrons cependant pas tout espoir. Un autre, mieux avisé, mieux qualifié, reprendra tôt ou tard notre idée, la mettra mieux au point et réussira. L'idée d'association hante l'esprit de beaucoup d'entre nous.

Personne, toutefois, ne se veut mettre en avant. Nous nous sommes décidé à attacher le grelot. Puisse son carillon être entendu de tous, même des plus sourds !

Veuillez agréer, mon cher directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

GUILLOT,
Docteur en médecine, Chirurgien-Dentiste.

6, rue de la Barre, Lyon.

Nous prions nos collègues de vouloir bien nous adresser leur adhésion dans la quinzaine, en vue d'une première réunion préparatoire qui pourrait avoir lieu à Lyon lors des vacances de janvier.

DOIT-ON AVOIR UN CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL EN 1897 ?

Le Dental Review du 15 septembre publie l'intéressant article suivant :

UN CONGRÈS DENTAIRE.

En parcourant les comptes rendus du Congrès dentaire de Chicago, nous trouvons une résolution préparant la voie à un Congrès dentaire dans l'avenir. Jusqu'à présent il n'a été fait qu'une petite tentative d'organiser un autre Congrès en Europe. En examinant attentivement la question, nous sommes arrivés à la conclusion suivante :

La France organisera un Congrès en 1900 conjointement à l'Exposition universelle. Avant cette date la profession dentaire du monde devrait avoir une occasion de se réunir et de se saluer. C'est trop tôt pour l'Angleterre d'avoir un Congrès, et l'Allemagne devra attendre jusqu'à son Exposition universelle de 1907. La profession n'est pas assez bien organisée en Italie, en Autriche, en Hongrie, en Russie, en Belgique ou en Hollande ; conséquemment le pays sur lequel tous les yeux doivent se tourner est la Suisse.

Ce pays du continent a une école dentaire, un journal dentaire, une Société bien organisée et sa population est dense. Il y a beaucoup de dentistes indigènes et étrangers dans le pays. Genève ou Bâle en août 1897 sera charmant, vers le 20 ou le 25. La Suisse,

si elle organise un Congrès, court au devant d'un succès. Avec le concours de voisins comme l'Allemagne, l'Italie, l'Autriche, la France, et d'autres pays, elle ne peut échouer. Au Congrès de Chicago les dentistes suivants nous venaient de Suisse : Lyman Curtis Bryan, de Bâle ; — Anthony Henneberg, Samuel Henneberg, Dave Hulburt, Louis Roussy de Genève; — J. F. Patterson, de Montreux.

Nous aimons à croire que, si ces messieurs veulent bien adresser une demande à la Société dentaire suisse, une réponse favorable immédiate leur sera donnée et qu'un Congrès profitable et bien réussi sera le résultat de cet appel. Pour notre part, nous promettons tout notre appui à une semblable entreprise.

Un voyage récent en Angleterre, en France, en Belgique, en Hollande et en Allemagne nous a convaincus qu'un pareil Congrès est désiré par la grande majorité de la profession et qu'il rencontrera un appui sérieux dès qu'il sera en voie d'organisation.

Quand on réfléchit aux bénéfices scientifiques et corporatifs qui peuvent résulter de la réunion de dentistes de tous les pays, on ne peut qu'applaudir à la suggestion du Dr Harlan.

Les raisons qui militaient en faveur d'un Congrès international en 1889, en 1893, et qui firent des réunions de Paris et de Chicago des succès éclatants, assurent à un Congrès qui se tiendrait en Europe en 1897 des éléments de réussite indiscutables.

Le choix de la Suisse, si nos confrères de ce pays répondaient à l'appel du Dr Harlan, rencontrerait en France un excellent accueil. Il est probable qu'il en serait de même un peu partout.

L'Helvétie a l'immense avantage d'être un terrain neutre où toutes les nationalités peuvent se rencontrer. En raison de sa situation au centre de l'Europe, la majorité des dentistes peuvent s'y rendre avec des déplacements relativement faibles. En Suisse, la profession est organisée pour faire un excellent centre d'organisation d'un Congrès dentaire international; enfin la nature y est grandiose et charmante.

Le troisième Congrès dentaire international ne pourrait avoir de siège plus riant et mieux fait pour rassembler tout ce qui dans le monde entier s'intéresse au progrès de l'art dentaire.

Nous aurons à revenir sur cette importante proposition.

P. Dubois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96.

Session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

I. Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le 11 novembre 1895 à la Faculté de Médecine de Paris.

II. Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893 ;

2° Pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° Pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

III. Les candidats se feront inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris aux dates ci-après désignées :

1er examen, les 28 et 29 octobre 1895;

2e examen, les 25 et 26 novembre 1895;

3e examen, les 23 et 24 décembre 1895;

IV. Ils produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889;

Un certificat constatant qu'ils sont Français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893.

A ces pièces, les candidats élèves des Ecoles dentaires visées au paragraphe 2 de cette affiche devront joindre : soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures; un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscription, etc.

V. Ils consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque certificat d'aptitude et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme selon les cas.

VI. Le 1er examen aura lieu du 11 au 23 novembre 1895 ;

Le 2e examen, du 9 au 21 décembre 1895;

Le 3e examen, du 13 au 28 janvier 1896.

VII. Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session qui aura lieu dans le 3e trimestre de l'année scolaire, et dont la date sera portée à la connaissance des intéressés par voie d'affiches.

Paris, 20 août 1895.

Le Doyen de la Faculté,
P. Brouardel.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Emile Roger
Avocat à la Cour d'appel

TRIBUNAL CORRECTIONNEL D'AMIENS

Présidence de M. Vasselle, juge.

Audience du 23 juillet 1895

Le fait par un mécanicien-dentiste de se livrer à l'extraction des racines, dents cariées, de pratiquer des redressements pour poser un appareil dentaire constitue le délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

En vain objecterait-il qu'en ne réclamant des honoraires que pour la fabrication de l'appareil, il n'a tiré aucun profit de l'opération.

L'exercice illégal de l'art dentaire par un mécanicien-dentiste qui prend cette qualité sur son enseigne, cartes, etc., ne constitue pas le délit d'exercice illégal de l'art dentaire avec usurpation du titre de dentiste prévu et puni par l'article 19 § 2 de la loi du 30 novembre 1892.

X.

Sur la plainte formée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France contre un sieur X..., mécanicien-dentiste à Amiens, il a été rendu par le Tribunal correctionnel d'Amiens le jugement suivant :

Le tribunal :

Ouï la lecture du procès-verbal du 29 juin 1895 ;

Attendu qu'il résulte de l'information et des débats la preuve que X... a, en mil huit cent quatre-vingt-quinze, à Amiens, exercé illégalement l'art dentaire, mais sans usurper le titre de dentiste, ce qui constitue le délit prévu et puni par l'article 18, § 2 de la loi du 30 novembre 1892, lu à l'audience et ainsi conçu :

« L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr. » ;

Par ces motifs,

Déclare X... coupable d'exercice illégal de l'art dentaire ;

En conséquence, lui faisant application dudit article, le condamne par corps à 50 fr. d'amende ;

Et attendu qu'il y a lieu de tenir compte à X... de ses bons antécédents, lui accorde le bénéfice de la loi de sursis du 26 mars 1891.

Le tribunal relève deux points : X... a commis le délit d'*exercice illégal de l'art dentaire*, mais non celui d'*usurpation du titre de dentiste.*

Voyons donc les faits.

Le sieur X... exploitait à Amiens un atelier d'appareils dentaires et il avait placé sur sa porte une plaque portant ces mots : « *mécanicien-dentiste* ». Il confectionnait des pièces de prothèse et les posait seul,

non sans être obligé parfois d'extraire des racines, des parties de dents cariées, de scier une ou deux dents, ce qu'il reconnaissait d'ailleurs, tout en ajoutant qu'il ne tirait aucun profit de ces opérations puisqu'il se bornait à ne réclamer que le prix résultant de la fabrication et de la pose de dentiers complets ou partiels. Il fut poursuivi sous l'inculpation d'exercice illégal de l'art dentaire avec usurpation du titre de dentiste (art. 19, § 2).

Il fut relaxé des fins de la prévention en ce qui concerne la circonstance d'usurpation du titre de dentiste. Il n'en pouvait être autrement. En effet, il ne s'était pas donné au public, dans ses annonces, factures, enseignes, etc., comme dentiste, mais comme « mécanicien-dentiste ». Or, il ne viendra à l'idée de personne de soutenir que le fait par quelqu'un de prendre la qualité de mécanicien-dentiste équivaut à l'usurpation du titre de dentiste. Pour tout le monde le mécanicien-dentiste est celui qui est chargé de confectionner les appareils de prothèse dentaire, d'orthopédie dentaire. La confusion entre les deux professions, qui ont, du reste, chacune leur domaine propre, ne peut exister dans l'esprit de personne.

N'en serait-il pas ainsi dans l'usage, et le titre de mécanicien-dentiste ouvrirait-il la porte à une certaine confusion dans le public, que cette circonstance n'enlèverait pas à cette catégorie d'industriels le droit de s'emparer de cette qualification. En effet, c'est bien sous cette dénomination qu'ils ont été désignés au cours de la discussion de la loi du 30 novembre 1892 ; d'où il résulte que cette dénomination est devenue leur qualification légale. De là, leur droit de prendre le titre de « mécanicien-dentiste ». En conséquence, si un délit d'exercice illégal de l'art dentaire est établi au regard d'un mécanicien-dentiste, ce délit est un délit simple puni par l'art. 18, § 2, de la loi du 30 nov. 1892, et non un délit d'exercice illégal de l'art dentaire, avec cette circonstance qu'il a eu lieu avec usurpation du titre de dentiste, ce qui emporterait l'application de la peine plus sévère édictée par l'article 19, § 2 de la même loi. C'est du reste ce qui a été décidé par le jugement sus rapporté.

Abordons une question plus délicate. Le procès-verbal du commissaire de police, corroboré par l'aveu même du prévenu, relève que le mécanicien-dentiste a fait quelques extractions de racines, de morceaux de dents cariées. Ce sont là des opérations préalables et presque toujours nécessaires lorsqu'il s'agit de poser des dentiers ou appareils.

Le mécanicien-dentiste poursuivi sous l'inculpation d'exercice illégal de l'art dentaire ne pourrait-il pas s'abriter sous l'art. 16, *in fine*, ainsi conçu : « Ne commettent pas le délit d'exercice illégal de l'art dentaire... les personnes qui, sans *prendre le titre de chirurgien-dentiste*, opèrent *accidentellement* l'extraction des dents » ? Le législateur, dans une pensée libérale, n'a pas voulu que des poursuites fussent exercées contre une personne qui a arraché une dent isolément; il va même plus loin, il déclare indemnes toutes personnes qui opèrent accidentellement l'extraction *des dents*. Les expressions « extraction des dents » impliquent que l'on peut se livrer impu-

nément à cette opération plusieurs fois. Au surplus, M. le commissaire du gouvernement, sur interpellation, a déclaré formellement, lors de la discussion de la loi, que celui qui, une fois, deux fois par an, enlevait des dents ne pouvait être considéré comme un dentiste.

Ceci dit, le mécanicien-dentiste ne pourrait-il pas prétendre qu'il n'a pas pris le titre de chirurgien-dentiste et qu'il n'opère qu'accidentellement l'extraction des dents pour réclamer l'immunité accordée à tout le monde par la loi nouvelle ?

M. Blavier, au Sénat, parlant au nom des mécaniciens-dentistes, demandait à bien définir leur situation. Il avait même, dans leur intérêt, proposé un amendement tendant à déclarer que les personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, se livreraient *exclusivement* à l'extraction des dents ou à *la fabrication et à la pose des appareils dentaires*, ne commettraient point un délit.

D'après cet amendement le mécanicien-dentiste eût été autorisé formellement à extraire des dents et à poser des appareils ; mais cet amendement n'est point devenu le texte de la loi ; car, ceux-là seulement sont indemnes, d'après l'article 16, qui opèrent *accidentellement* l'extraction des dents. Ce ne serait pas le cas du mécanicien ; et de plus, il semble que le législateur ait voulu réserver au chirurgien-dentiste seul le privilège de poser des dentiers, des dents artificielles. M. Cornil, le rapporteur, s'est exprimé d'une façon très précise. « Il y a quelquefois, a-t-il dit, de très grands dangers à propos des dentiers, à poser des dents artificielles, des appareils, et cela constitue *réellement et sûrement* l'exercice de l'art dentaire. » Il a cité le cas de personnes atteintes d'épulis, avec de grosses tumeurs qu'on recouvrait par des dentiers artificiels, ces tumeurs excitées devenaient de plus en plus envahissantes par suite de l'irritation produite par un dentier artificiel. « Un dentiste instruit et scrupuleux, a-t-il ajouté, eût conseillé d'aller voir un chirurgien pour enlever cette tumeur. » D'autre part, M. Brouardel, commissaire du gouvernement, répondant à M. Blavier qui avait proposé l'amendement tendant à permettre à tout le monde l'extraction des dents ou la fabrication et la pose des appareils dentaires, a dit, en substance : prendre l'empreinte des dents et faire des appareils dentaires, il n'y a là rien de comparable avec l'exercice de la médecine ou de l'art dentaire. Il n'entrerait dans l'esprit de personne d'ordonner des poursuites contre Mathieu et Charrière parce qu'ils auraient fabriqué un appareil ou un corset orthopédiques.

De tout cela on peut conclure que le mécanicien-dentiste peut fabriquer des appareils, mais qu'il ne semble pas avoir le droit de les poser; qu'il est absolument certain que si la pose du râtelier nécessite l'avulsion de racines ou de séquestres, il ne peut y procéder sans s'exposer à des poursuites parce qu'il y a présomption qu'il se livre *habituellement* à cette opération.

La défense avait fait valoir cette considération que le sieur X... n'avait tiré aucun profit des extractions et autres soins préalables, se bornant à prélever un bénéfice sur la fabrication des dentiers.

Cette raison était inopérante, car la loi ne distingue pas si l'opérateur a agi gratuitement ou par esprit de lucre. La Cour de cassation, sous l'empire de la loi de l'an XI, s'est prononcée dans ce sens sur cette question par un arrêt du 27 mai 1834. En effet, la prohibition d'exercer est générale et absolue. Ce qu'a voulu le législateur, c'est mettre la santé et la vie des citoyens à l'abri des dangers auxquels les exposent l'ignorance et l'impéritie; l'absence du titre exigé dans un intérêt public, établit une présomption légale d'inaptitude, qui ne peut être détruite soit par le consentement ou la provocation des malades, soit par le *désintéressement des contrevenants*, soit par d'autres considérations personnelles [1].

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Des dentistes, syndiqués ou non, signalent journellement au bureau des infractions à la loi du 30 novembre 1892. Le Conseil, toutes les fois qu'il le peut, saisit la justice, soit directement, soit par un avis au Parquet ; mais il est nécessaire, pour cela, qu'en l'avisant, on lui transmette des pièces établissant le délit d'infraction. Quant aux plaintes anonymes, elles sont invariablement rejetées.

Bien que le Conseil n'ait pas donné suite à un certain nombre de plaintes, faute de preuves, cependant il sait pertinemment que, dans bien des cas, ces preuves existent. Si donc, jusqu'à présent, on n'a pas inquiété tous ceux qui outrepassent les droits que la loi leur octroie, soit en prenant des titres qu'ils n'ont pas le droit de porter, soit en pratiquant des opérations qui leur sont interdites, c'est que le Syndicat, à ses débuts, ne voulait pas se montrer trop draconien. Et c'est intentionnellement qu'il a négligé, jusqu'ici du moins, de molester certains praticiens, dans l'espérance que, d'eux-mêmes, et dans un délai rapproché, ils comprendraient la nécessité de se mettre en règle avec la loi. S.

USURPATION DU TITRE DE DOCTEUR

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France avait poursuivi devant le tribunal correctionnel de Montpellier un sieur S..., dentiste dans cette ville, pour usurpation du titre de docteur en médecine, sans indication de l'origine étrangère de ce titre. Le sieur S... se donnait, en effet, sur ses plaques, à sa porte, cartes de visite, prospectus, annonces dans les journaux locaux, comme : *Docteur F. S..., spécialiste de l'Université royale de Londres*. Or, il n'y a pas à Londres d'université royale, et le diplôme invoqué par ce praticien était un diplôme de haute fantaisie.

Le Syndicat des dentistes demandait donc, par l'organe de Me Roussy, avocat, l'application de l'article 20 de la loi de 1892 sur

---

1. Sur ce point, V. Roger, Godon, *Code du chirurgien-dentiste*, p. 159.

l'usurpation du titre français de docteur. M. S..., défendu par Me Chamayou, a soutenu que cet article ne pouvait être appliqué qu'à celui qui se livre à l'exercice de la médecine et non pas aux dentistes.

Le tribunal a fait droit aux conclusions du Syndicat et, s'appropriant la jurisprudence consacrée par deux décisions du tribunal de la Seine (mai 1895), il a décidé que la loi de 1892, et notamment l'article 20, avait pour but de protéger à la fois l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements ; que toutes ses dispositions visaient ces trois catégories de professions et que spécialement l'article 16 indique comme exerçant illégalement la médecine toute personne qui, sans diplôme, pratique l'art dentaire sans se conformer aux dispositions de la présente loi.

En conséquence, le tribunal a condamné le sieur S... à la peine de 100 francs d'amende et à 25 francs de dommages-intérêts envers la partie civile, pour avoir usurpé le titre français de docteur en médecine, délit prévu et puni par l'article 20 de la loi de 1892.

(*Le Monde Dentaire.*)

LES PATENTÉS DE 1892

On nous prie d'insérer la pétition suivante, qui sera prochainement adressée à la Chambre des députés et au Sénat :

Messieurs les députés,

Les soussignés ont l'honneur de vous exposer les faits suivants :

La préfecture de police, sur un avis du conseil d'Etat, vient de faire fermer le cabinet des dentistes patentés dans le courant de l'année 1892, quoiqu'ils soient inscrits au rôle au 1er janvier de cette année, et qu'ils aient pu compter être absolument en règle avec la loi du 30 novembre 1892 qui dit, article 32 :

« Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892. »

Nous pensions qu'en libellant l'article ainsi, le législateur a voulu, en accord avec notre droit public, empêcher que la loi eût des effets rétroactifs, qui se produiraient si l'interprétation du conseil d'Etat prévalait définitivement.

C'est pourquoi nous nous sommes crus autorisés à continuer l'exercice de notre art sous le couvert de la loi.

Nous avions espéré que le Parlement français, comme le gouvernement anglais le fit par le Dentist's Act du 22 juillet 1878, assurerait des dispositions transitoires équitables, qu'il voulait, à l'exemple de celui-ci, légiférer pour l'avenir sans sacrifier les intérêts respectables des praticiens déjà engagés dans la carrière, et qu'il avait voulu imposer l'obligation absolue de subir les conditions nouvelles, exclusivement aux dentistes entrant dans la profession après le vote de la loi, c'est-à-dire à la fin de l'année 1892.

Si le législateur avait voulu exclure les patentés de 1892 de l'article 32, il aurait dit, à notre avis, que le droit d'exercer l'art dentaire ne serait maintenu qu'aux dentistes patentés à la date du 31 décembre 1891. En disant le 1er janvier 1892, il nous semble qu'il a voulu

admettre les dentistes en exercice lors de la promulgation de la loi au bénéfice des dispositions transitoires.

C'est pourquoi, Messieurs les députés, nous faisons appel à votre bienveillance, et nous sollicitons de votre justice une disposition fixant nettement la volonté du législateur et assurant une interprétation moins rigoureuse de la loi du 30 novembre 1892 et, croyons-nous, plus en accord avec vos intentions.

Nous nous en remettons à votre esprit de justice pour ne pas briser la carrière d'un certain nombre de praticiens dont quelques-uns exercent la profession de dentiste comme opérateurs, assistants ou mécaniciens-dentistes depuis six, huit années et plus, et ont, à ce titre, des droits acquis que vous avez voulu sauvegarder en établissant des dispositions transitoires.

Nous vous prions, Messieurs les députés, d'agréer nos respectueuses salutations.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

COMPTE RENDU STÉNOGRAPHIQUE

Séance du vendredi 16 *août* 1895.

De 2 h. à 6 h. 1/2 de l'après-midi.

PRÉSIDENCE DE M. DUBOIS

La séance est ouverte à 2 h.

LA MEMBRANE ALVÉOLO-DENTAIRE, PAR M. MENDEL JOSEPH (de Paris)

M. LE Dr SAUVEZ (de Paris) *donne lecture du travail de M. Mendel* (*qui est inséré aux Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. BRETENOUX (de Bordeaux). — Je veux faire une simple question. Comment, d'après cette théorie, expliquer l'exostose ?

M. LE Dr BELTRAMI (de Marseille). — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Beltrami.

M. LE Dr BELTRAMI *résume un travail qu'il a précédemment fait sur ce sujet* (sera publié).

M. LE PRÉSIDENT. — M. Beltrami, permettez-moi, au nom de tous, de vous remercier de l'excellente communication que vous venez de nous faire et de la clarté que vous jetez sur un sujet si obscur.

M. CHOQUET (de Paris). — J'aurais une petite observation à faire sur la position respective assignée par M. Beltrami à l'émail et au cément. Il nous a dit que le cément venait recouvrir une portion d'émail.

Je crois et je pourrais prouver que c'est justement l'émail qui vient recouvrir le cément.

M. LE Dr BELTRAMI. — La question de l'émail recouvrant le cément ne s'accorderait pas avec la nature des choses. Si vous vous en

souvenez, cette question a soulevé des discussions et les critiques les plus vives.

C'est la cuticule qui donne naissance à la paroi cémentaire. Dans cette poche le cément recouvre donc tout, et sur le collet c'est le cément qui recouvre une portion d'émail, fait constaté par tous les histologistes.

M. Choquet. — Je regrette que ce soit là votre opinion, car c'est bien l'émail qui recouvre le cément dans une certaine portion.

M. Bretenoux. — On disait tout à l'heure qu'il y avait articulation de la dent avec le tissu osseux.

Généralement, dans toutes les articulations, la partie où s'exerce le frottement est formée de tissu cartilagineux, dépourvu de phosphate et de carbonate de chaux.

Dans la base de la dent, a-t-on constaté la présence ou l'absence de ces conditions ?

M. le Dr Beltrami. — Par la place que je donnais à l'articulation, il n'y a pas besoin de cartilages. Il y a, d'ailleurs, d'autres articulations qui en sont dépourvues.

M. Bretenoux. — Ces articulations n'ont pas de mouvement. Il y a soudure directe.

M. le Dr Beltrami. — Non, elle est très tardive.

M. Bretenoux. — Mais elle existe.

M. le Dr Beltrami. — Il suffit de s'en rapporter à la classification. Cette articulation est du genre des articulations avec intermédiaire. Elle ne se soude donc pas, comme on veut bien le dire.

M. le Président. — Nous avons à entendre encore des communications nombreuses et intéressantes. Aussi, Messieurs, je vous demande de conclure en quelques mots. *(Applaudissements.)*

APPLICATION DE LA TEINTURE D'IODE DANS LES ACCIDENTS DE DENTITION PAR M. LOUP (de Paris).

M. Loup *résume un travail écrit qui sera publié et il ajoute :*

J'ai eu dans mon service un enfant de cinq mois. Cet enfant était atteint d'accidents très graves. Il ne dormait pas depuis 15 jours, ne prenait pas de lait et dépérissait.

L'interne de service m'en parla. Je demandai à le voir. Et lorsqu'il me fut présenté, je trouvai, en lui passant le doigt dans la bouche, cette sorte de bourrelet en forme d'arc semi-lunaire d'où je conclus que c'étaient les dents qui étaient cause de tout le mal.

L'interne restait incrédule malgré tout, car on était allé jusqu'à donner à cet enfant du laudanum, ce qui est très grave pour un enfant, et cela sans résultat. Je fis une application de teinture d'iode et le même soir l'enfant dormit complètement. Je continuai les jours suivants le même traitement, un simple stypage à la teinture d'iode, jusqu'à complète guérison. *(Applaudissements.)*

DISCUSSION

Un membre. — C'est de la teinture d'iode concentrée qu'il faut pro-

bablement? Il m'est arrivé d'en recevoir de la mauvaise de chez le pharmacien.

M. Loup. — L'observation est juste. Dans le traitement que je préconise j'ai eu des résultats absolument contraires selon les pharmaciens qui avaient fourni l'iode. Il est bien entendu que la solution ordinaire d'iode métallique bien faite suffit. Mais il est certain, vous n'avez qu'à en faire l'expérience, que la teinture d'iode n'est pas la même chez tous les pharmaciens.

J'ai obtenu avec de la teinture concentrée des résultats inespérés. Mais lorsque, par la faute d'un domestique, on a acheté l'iode chez un autre pharmacien que celui qui a l'habitude de me la fournir, je n'ai obtenu absolument rien, je le déclare hautement.

M. Stevenin (de Paris). — La question est importante et vaut la peine d'être discutée.

Lorsque la teinture d'iode est ancienne elle est mauvaise, elle est plus concentrée et renferme de plus de l'acide iodhydrique qui est très toxique et l'action n'est plus la même.

M. Bretenoux. — Il n'y a qu'une seule sorte de teinture d'iode, celle dont la formule est au Codex, et je ne crois pas qu'il y ait un seul pharmacien pour en donner d'autre.

M Stevenin. — Enfin quelle est celle que M. Loup préconise?

M. Loup. — La teinture à 1/12e. (*Bien, Bien.*)

L'assemblée consultée décide que la discussion sur cette communication est close.

INCIDENT

M. le Président. — Il y a un article de notre règlement qui accorde vingt minutes pour chaque communication. Nous croyons qu'il serait nécessaire de limiter ce temps à 1/4 d'heure. Nous sommes dans l'obligation de faire place à tous les travaux. Ceux que vous avez déjà entendus sont certainement fort intéressants, mais les autres ne le sont pas moins, et il faut absolument nous limiter.

Je vous demande donc, comme je l'ai fait au début, de n'indiquer dans la discussion que les points essentiels. Je fais appel à toute votre bienveillance pour les auteurs. Et quant à ceux-ci, je leur demande de se résumer et de remettre leurs explications plus amples à la publication du compte rendu.

M. Loup. — J'aurais désiré que ce que vient de dire M. Dubois, ait été dit au commencement des communications. Je vous aurais donné tout d'abord les résultats en vous expliquant succinctement la théorie. Il me semble que cela aurait été beaucoup plus profitable.

Une voix. — Cela a été dit !

M. le Président. — M. Loup, dans le programme qui vous a été remis, il est dit, comme extrait du règlement du Congrès : « *Les rapporteurs et les auteurs de communications auront vingt minutes pour la lecture de leurs rapports ou communications; les orateurs qui leur répondront ne pourront parler plus de dix minutes.* »

J'ai accordé plus de 20 minutes à M. Loup.

Je comprends parfaitement les préoccupations d'un auteur, mais, nous qui avons la direction des débats, nous sommes dans la nécessité de faire quand même une place à ceux de leurs collègues qui ont travaillé eux aussi pour ce Congrès. *(Applaudissements.)*

Croyez bien, Messieurs, que c'est contre mon gré que je me montre si rigide, mais il faut suivre l'ordre du jour. Je vous demanderai de commencer demain de meilleure heure et au besoin de vous diviser en sections. Mais pour aujourd'hui il est trop tard.

NOUVELLES MÉTHODES ET APPAREILS DE REDRESSEMENT.

(Question mise à l'ordre du jour du Congrès.)

M. MARTINIER (de Paris), *rapporteur.* — Je vous donnerai seulement lecture des conclusions de mon rapport qui vous a été remis et que vous avez dû lire. Je me mettrai ensuite à la disposition des membres qui auront des questions à poser.

M. Martinier lit les conclusions du rapport qui a été distribué aux membres du Congrès. (Applaudissements.)

DISCUSSION

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, nous allons ouvrir la discussion sur la question que vous avez vu traiter d'une façon si complète dans ce rapport.

Ce rapport était prêt depuis plusieurs jours. Mais, on vous l'a dit, en présence des difficultés d'organisation d'un premier Congrès, il a été impossible de vous le faire remettre plus tôt. Nous espérons cependant que la plupart d'entre vous ont pu en prendre connaissance.

Permettez-moi de remercier en votre nom M. Martinier d'avoir bien voulu nous faire un aussi clair exposé de ses recherches et d'avoir donné ainsi une direction à vos discussions sur un sujet si complexe. *(Applaudissements.)*

M. LE Dr DUNOGIER (de Bordeaux). — J'aurais quelques observations à faire sur la très intéressante communication de M. Martinier. Mais il y a encore cinq communications sur le redressement; je prierai donc M. le Président de reporter la discussion sur le redressement après la lecture de toutes les communications sur ce sujet et chacun pourra présenter alors ses observations.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous êtes en présence d'une proposition de M. le Dr Dunogier qui vous propose de reporter la discussion après la lecture de toutes les communications; cela me paraît très logique.

(Adopté à l'unanimité.)

La discussion est donc remise après la lecture des communications sur les appareils de redressement.

UN APPAREIL DE REDRESSEMENT A LEVIER, PAR M. LOUP

M. Loup *présente son appareil et des modèles en plâtre du sujet opéré.*

J'ai eu dernièrement à examiner le cas suivant : Une jeune fille de quatorze ans avait deux incisives projetées en avant d'environ 1/2 centimètre en dehors, comme vous le montre ce modèle. Cette jeune fille n'habitait pas Paris et j'ai dû faire un appareil tel que les parents pussent le modifier au fur et à mesure et continuer eux-mêmes le redressement.

C'était difficile. J'ai combiné un petit appareil qui consiste en une plaque en or recouvrant la gencive supérieure en donnant par sa forme la courbure définitive à obtenir. Je ne puis vous montrer cet appareil.

Dans cette pièce, qui était simplement destinée à renvoyer les dents dans la position qu'elles devaient occuper plus tard, était passé un petit levier.

La deuxième pièce était destinée au même objet que la première.

Mais si j'ai mis deux pièces, l'une dépassant l'autre, c'est simplement afin d'obtenir un résultat beaucoup plus rapide. En effet, ces deux pièces agissant ensemble ont plus de force qu'une seule.

J'ai obtenu le redressement que vous voyez en 15 jours. Examinez vous-mêmes les pièces, vous verrez que cela est très intéressant. *(Applaudissements.)*

Des appareils de redressement et particulièrement des appareils extenseurs, par M. Francis Jean (de Paris).

M. F. Jean *fait sur ce sujet une communication* (*qui sera insérée aux Travaux originaux*).

M. le Président. — Nous remercions M. Francis Jean de sa communication et nous aurions souhaité qu'en même temps que le rapport que vous avez eu sur le redressement, il eût été possible de faire passer devant vos yeux la reproduction graphique des appareils à l'aide de projections ; mais des difficultés matérielles ne l'ont pas permis.

Vous avez vu les appareils de M. Francis Jean. Il est certain que de semblables présentations ont un grand intérêt pratique puisqu'elles permettent d'apprécier les détails de construction et rendent très facile pour beaucoup d'entre vous la fabrication d'appareils analogues ; des spécimens comme ceux-ci nous mettent à même de tirer le plus grand profit de la discussion.

Je remercie également M. Loup de la présentation qu'il a bien voulu nous faire (*Applaudissements*).

Observation de redressement sans appareils, par M. Godon (de Paris).

(*Cette communication a été insérée au n° de septembre.*)

M. le Président. — Nous remercions M. Godon de son intéressante communication. *(Applaudissements.)*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DU PROGNATHISME PAR M. O. AMOEDO (de Paris).

M. AMOEDO *donne lecture de sa communicattion qui est insérée aux Travaux originaux.*

PRÉSENTATION DE MODÈLES DE REDRESSEMENT AVANT ET APRÈS LA RÉDUCTION, PAR M. SCHWARTZ (de Nîmes).

M. SCHWARTZ (de Nîmes). — Je ne serai pas bien long. Je me suis beaucoup occupé de la question des redressements et c'est avec l'appareil Gaillard que j'ai obtenu les meilleurs résultats. J'ai fait des appareils en platine que l'on peut fixer d'une façon définitive et des appareils en caoutchouc auxquels j'ai apporté quelques modifications.

Au-dessus de la bande de métal il y avait une galerie que j'ai remplacée par une autre bande de métal plus forte dans laquelle je fais des crans à l'aide desquels je fixe les fils de caoutchouc.

Je ne suis pas partisan du système qui dit qu'il ne faut pas arracher de dents pour faire un redressement. Si parfois j'ai cru devoir le faire, c'était pour éviter des désordres provoqués par les dents.

(Il fait passer un modèle.)

Dans le cas que je vous montre, j'ai arraché une petite molaire pour permettre aux autres dents de rentrer.

(Il présente un nouveau plâtre.)

Dans ce modèle que je vous présente, le bord des dents du bas est caché par les dents supérieures. Voici le résultat obtenu au bout de 5 semaines avec l'appareil Gaillard modifié avec fils de caoutchouc.

Je ne veux pas vous faire une conférence, mais je tiens à vous dire deux mots.

On a parlé tout à l'heure des différents genres de pressions employés pour les redressements. Je suis partisan de la pression continue, parce que c'est un mode d'action très facile à pratiquer.

Ainsi, vous établissez sur un point un ressort bien arc-bouté sur le bord interne de la gencive et en dehors et vous ne sauriez croire avec quelle rapidité vous obtenez un résultat avec ce moyen qui ne brusque rien.

TRAITEMENT IMMÉDIAT DE CERTAINES ANOMALIES DENTAIRES, PAR M. CUNNINGHAM (de Cambridge).

DISCUSSION.

M. LE Dr DUNOGIER (de Bordeaux). — L'homme absurde, a-t-on dit, est celui qui ne change pas. Je ne veux pas être l'homme absurde et je ne demande qu'à changer.

Pourrait-on me dire quels sont les résultats des redressements, non pas immédiatement, mais 5, 6, 7 et 8 ans après le redressement ? Ce n'est pas le tout de redresser, il faut que cela se maintienne un temps assez long.

J'ai fait moi-même pas mal de redressements et j'ai vu un certain nombre de non-réussites. Je ne parle pas des cas où il n'y a qu'une seule dent, car alors le résultat se maintient, mais je parle des cas où il y en a un certain nombre.

Dans ce dernier cas, j'ai vu, au bout d'un certain temps, les anomalies se reproduire partiellement ou dans des proportions considérables.

Je demande si quelqu'un peut me dire quels ont été les résultats au bout de 6, 7 et 8 ans ? (*Bruit*)

M. le Président. — Nous ne pouvons suivre toutes les digressions. Je ne crois pas possible que la discussion ait la forme d'une conversation. La nécessité de cette discussion exige, je crois, de ne pas intervertir le tour des orateurs. Nous y reviendrons donc ; c'est à l'orateur de continuer.

M. le Dr Dunogier. — J'ai vu des résultats obtenus plus ou moins laborieusement ne pas se maintenir. On a voulu donner des explications théoriques. La seule, la vraie, c'est qu'il y a une grande différence entre redresser plusieurs dents et en redresser une seule.

Et cependant quelquefois même pour une dent le résultat ne dure pas. Par exemple, si une petite molaire est déviée dans le sens latéral, cela arrive, cette petite molaire étant écartée de la ligne de l'arcade alvéolaire forme comme une sorte de plan incliné qui a vite fait de ramener les autres dents au même niveau qu'elles occupaient avant le redressement. C'est assez rare, mais j'ai vu ce cas se produire.

Il en est d'ailleurs de même, en général, aussi bien en haut qu'en bas. Vous déplacez les dents d'une certaine quantité. Au bout de quelque temps, en vertu de l'engrenage, ces dents ont une tendance à revenir dans leur position primitive.

Au point de vue du redressement, je suis prêt à changer ma manière de faire quand on me montrera des résultats durables obtenus par les autres méthodes.

Je suis, comme M. Francis Jean, partisan de l'action intermittente et je suis également de son avis pour les appareils ; je me sers, moi aussi, du plan incliné. Cet appareil peut rendre des services, mais il faut surveiller son emploi. Ce redressement peut en effet, au bout de 3 ou 4 mois, donner des résultats désastreux.

Jusqu'à un certain point, chaque fois qu'il n'y a pas déplacement, il ne faut pas non plus d'extension continue.

Toutes les fois que j'ai jugé nécessaire l'extraction d'une ou de plusieurs dents, je l'ai pratiquée. Quant au choix de ces dents, toutes les fois que les dents de devant étaient gâtées, je les ai supprimées, si elles ne l'étaient pas, je les ai conservées (*Applaudissements*).

M. le Dr Beltrami. — M. Godon nous disait tout à l'heure qu'il recommandait l'extraction des dents et l'orthopédie naturelle comme

moyen préventif contre la mauvaise direction des dents permanentes. Il me semble que c'est bien là son idée.

Au point de vue de l'évolution, je ne suis pas tout à fait de son avis.

Je ne crois pas qu'il soit très exact de dire que la dent permanente reprend le même chemin que la dent temporaire et je le renverrai au traité de Tomes sur cette question. S'il y a des rapports entre l'alvéole de la dent temporaire et celui de la dent permanente, ils ne sont cependant pas identiques.

Je pense que le traitement appliqué par M. Godon est très sage. Mais je crois qu'il aurait obtenu le même résultat si son intervention ne s'était pas produite et si l'élimination s'était faite spontanément. Ce n'est pas par le chemin suivi par la dent de lait que la dent permanente fait son apparition, mais par un chemin parallèle. Étant donc donné que ce n'est pas le même chemin, je pense que le résultat eût été le même sans intervention.

M. Schwartz. — Je ne suis pas de l'avis de M. Beltrami, ni de celui de Tomes. Par la surveillance on peut favoriser l'évolution normale des dents et combattre par là l'anomalie.

Mais il faut aussi tenir compte de l'état du sujet. Pour procéder ainsi que l'a fait M. Godon, il faut avoir affaire à un sujet robuste. Autrement, si on avait affaire à un sujet rachitique, par exemple, on ne pourrait obtenir aucun résultat.

Quant à ce qu'a dit M. Dunogier, je lui répondrai ceci : les redressements faits et bien terminés, soit par traction continue, soit par traction intermittente, peuvent rester définitivement dans leur état.

Quand un certain laps de temps s'est écoulé après la mise en place de la dent, l'ossification de l'alvéole est complète. Quant aux désordres qui surviennent ensuite, ils sont dus à l'évolution de la dent de sagesse. J'ai eu des exemples de désordres produits par cette dent.

Lorsque vous avez une anomalie corrigée qui se déplace à nouveau, consultez vos modèles et vous vous rendrez compte que c'est à l'évolution de la dent de sagesse que vous devez ces désordres plusieurs années après.

M. Godon. — Deux mots seulement de réponse à M. Beltrami qui m'a fait quelques critiques.

Je vous ai déjà dit, je crois, que le titre qu'on avait mis sur le programme de cette séance pour ma communication était trop ambitieux. Ce n'est pas une nouvelle méthode que je vous ai apportée, mais seulement une observation qui, au point de vue clinique, m'a paru intéressante. — Je vous ai présenté deux modèles en vous disant : voilà quel était l'état de la bouche avant le traitement ; le voici après mon intervention.

Mais on me dit : « Votre intervention n'a pas été utile, elle ne se serait pas produite que les choses seraient aujourd'hui dans le même état. »

Je ne crois pas cette opinion justifiée.

Tous ceux de nos confrères qui ont un peu d'expérience du traitement des anomalies de direction savent que, lorsqu'il existe un prognathisme aussi prononcé des dents temporaires de la mâchoire

inférieure, la même anomalie se reproduit pour les dents permanentes. C'est ce que j'ai toujours observé. Je suis persuadé qu'il en aurait été ainsi dans le cas dont je vous ai entretenu si je n'étais pas intervenu ; aussi, quoique je sois habituellement partisan de n'extraire les dents temporaires que le plus tard possible, c'est-à-dire seulement lorsque les dents permanentes de remplacement sont sur le point de faire leur éruption, j'ai pratiqué, et je conseille pour ce cas spécial, l'extraction prématurée.

M. Beltrami m'a également indiqué un autre titre pour ma communication que celui qui a été porté à l'ordre du jour ; je l'en remercie, celui que j'ai choisi me suffit.

Avant de terminer je voudrais adresser une légère critique à mon collègue et ami M. Martinier. Dans son rapport, qui est du reste très complet et fort bien fait, il me semble qu'il a conseillé un peu plus qu'il ne convient, à mon avis du moins, l'emploi des appareils extenseurs. Ces appareils doivent être uniquement réservés aux cas bien nets d'atrésie des arcades dentaires, mais, ces cas exceptés, lorsqu'il y a anomalie dans l'arrangement des dents, ce qui est le plus souvent dû à une insuffisance de développement du maxillaire, de sorte que l'arcade dentaire se trouve trop petite pour loger toutes les dents, je préfère diminuer le nombre des dents au lieu de pratiquer l'extension des arcades.

Le résultat est plus rapide et plus durable.

M. LE D[r] ROY (de Paris). — Afin de pouvoir épuiser l'ordre du jour des séances du Congrès, je crois qu'il y aurait lieu d'accorder seulement 10 minutes pour les communications et 5 minutes pour les membres ayant des observations à présenter au sujet de celles-ci.

Pour ma part je serai très bref.

Puisque nous nous livrons à une grande discussion sur le redressement, je signalerai une anomalie dont on n'a pas encore parlé ici et qui cependant est peut-être la plus difficile à traiter, si tant est qu'elle le soit. Je veux parler de ces cas dans lesquels les molaires supérieures et inférieures s'articulent bien, mais où les dents antérieures sont très écartées et ne peuvent s'articuler. Il en résulte une difformité des plus graves, le sujet ne pouvant fermer les lèvres, ce qui lui donne un air hébété des plus disgracieux auquel il faut ajouter la difficulté de la mastication. On a proposé, pour corriger cette anomalie, le port de la fronde, mais ce moyen me paraît très aléatoire et je crois que dans ce cas, en raison de la gravité de la difformité, on pourrait tenter la correction à l'aide d'une ostéotomie double du maxillaire inférieur avec réduction et maintien en position normale jusqu'à consolidation ; faire en somme une fracture double du maxillaire que l'on traiterait par les procédés ordinaires. Lagravité de l'anomalie chez certains sujets autoriserait l'emploi de ce moyen extraordinaire.

M. AGUILAR (de Cadix). — Il ne m'a été possible de parcourir le rapport de M. Martinier que quelques instants. Cependant je ne suis pas de son avis au sujet du procédé Cunningham. M. Cunningham a

fait plus de trois opérations. Il n'a cité ces trois cas que pour faire une démonstration pratique.

Puisque M. Cunningham n'est pas ici, je vais vous décrire son procédé.

Quand les dents latérales sont en rétroversion et que deux dents sont en dedans de la ligne interne, M. Cunningham fait une incision et coupe la paroi alvéolaire pour passer la dent.

J'ai fait une modification à ce procédé, M. Cunningham fait une incision dans toute la ligne. Or, en agissant ainsi on forme un petit morceau qui se rétracte.

Il ne faut pas faire l'incision jusqu'au bout, pour que le morceau reste uni dans le bas, c'est-à-dire pour la solidité du redressement.

L'appareil pour produire le mouvement par cette méthode est un forceps. Mais on l'a un peu modifié. C'est une pince avec un petit taquet pour empêcher une fermeture trop brusque. M. Cunningham raconte que, dans une opération, ayant serré trop fortement son forceps, la dent a sauté dans la bouche.

On pourrait croire que cette opération est douloureuse ; il n'en est rien, en employant trois centigrammes de cocaïne.

En résumé, il faut faire une incision, couper la paroi alvéolaire et avec un forceps amener les dents en place. Au bout d'un certain temps l'os est réparé.

Avec les autres procédés, il faut jusqu'à onze mois pour faire un redressement. Avec celui-ci, le résultat est immédiat.

J'ai eu à soigner un cas très rare : une jeune fille de 17 ans, dont les dents remuaient, et je reconnus que les racines étaient résorbées. La cause de la résorption, d'après la théorie de M. Michaëls, est la suivante :

La jeune fille était arthritique et M. Michaëls a trouvé chez les individus à constitution arthritique de grandes cellules lymphatiques qui ont le pouvoir d'absorber les éléments osseux du sang, et quand ces grandes cellules lymphatiques se mettent en contact avec les ostéoblastes, elles les détruisent. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Dunogier. — Dans les anomalies, le succès des redressements se maintient, non pas lorsqu'on a porté suffisamment les appareils, mais lorsqu'on a fait disparaître l'obstacle en provoquant l'allongement de la dernière molaire.

Lorsqu'on s'est contenté de rentrer les dents, on a aussi obtenu un résultat, mais l'articulation ne tarde pas à leur redonner leur position première, si l'on n'a pas eu soin d'assurer l'allongement des molaires.

Je ne condamne pas les appareils extenseurs d'une façon absolue, car je m'en sers à l'occasion.

Je suis partisan autant que possible des appareils amovibles, c'est à l'aide de ces appareils que j'ai fait tous mes redressements, même des rotations sur l'axe.

M. Ducournau (de Paris). — L'état de la bouche après le redressement dépend, lorsque cet état est mauvais, de ce que la dimension du maxillaire n'est pas en rapport avec les dents. Il faut en effet

qu'il y ait un rapport entre les dents et les dimensions du maxillaire ; si ce rapport n'est pas normal, il faut enlever une ou deux dents et, en faisant cette opération, le succès est certain.

Pour qu'un redressement reste dans son état, il faut qu'un appareil soit porté longtemps, car l'ossification ne se fait qu'après un an ou deux.

J'ai vu des redressements après deux ans, l'appareil n'étant porté que la nuit, revenir à leur état primitif. Si l'on enlevait l'appareil seulement huit jours et si l'on voulait le remettre, on ne pourrait plus le replacer.

Le redressement n'est pas difficile à faire, mais ce qu'il faut, c'est maintenir un appareil le plus longtemps possible.

M. Martinier (*rapporteur*). — Je désire répondre quelques mots aux précédents orateurs.

M. Godon me reproche de ne pas m'être prononcé suffisamment sur la valeur du traitement préventif en orthopédie dentaire. Je ne crois pas que ce reproche soit justifié, car dans le chapitre *Redressement sans appareil* ce sujet a été traité. De plus, dans mes conclusions même je préconise ce traitement comme devant nous éviter bon nombre d'anomalies. Il nous a dit aussi qu'il est adversaire de l'extension des maxillaires lorsque les dents sont trop serrées et qu'il préconise l'extraction dans ce cas. Je lui déclarerai que je ne partage pas sa manière de voir et que, s'il y a atrésie du maxillaire, même avec des dents serrées, on doit éviter l'extraction, parce que le but à atteindre est de diminuer cette atrésie et non de l'augmenter par des extractions qui sont souvent inutiles.

M. Amoëdo nous a fait une bien intéressante comparaison entre les appareils de Wilder et d'Angle. Cependant, pour le cas qu'il nous présente, qu'il veuille bien me permettre de lui rappeler que l'on doit toujour se préoccuper d'employer les appareils les plus simples et les moins apparents. S'il n'a pu réussir sans le secours d'un appareil prenant point d'appui sur le crâne, c'est le point d'appui de la force appliquée qui lui a manqué, car il avait à agir sur les 6 dents antérieures. Il devait donc se baser pour combiner son appareil sur ce principe qui peut être ainsi exprimé : « La résistance du point d'appui de la force à distribuer doit toujours être supérieure à la résistance des organes à déplacer. »

Or, en admettant que M. Amoëdo n'ait pas trouvé de point d'appui suffisamment résistant avec les molaires qui existent dans la bouche, n'aurait-il pas pu essayer d'appliquer un appareil à plaque qui lui aurait assuré une base très résistante et lui aurait ainsi permis l'emploi d'une force plus considérable ? Je considère que les appareils se servant de la nuque comme point d'appui ne doivent être employés que lorsque les appareils exclusivement buccaux sont insuffisants. Après cette restriction je tiens à dire que les appareils d'Angle sont des appareils de valeur et que les résultats obtenus par M. Amoëdo avec leur emploi méritent tous nos compliments.

M. Schwartz nous a présenté un appareil en caoutchouc et en

métal avec lequel il a régularisé un groupe important de dents. Cet appareil est analogue à celui de M. Barbe, qui a été le premier qui ait trouvé le procédé si simple de fixer les bandes de caoutchouc. Il est bien certain que cet appareil, dit à double bandeau, rend constamment de précieux services. Il est en outre très facile à construire, à appliquer et à modifier, mais il a aussi quelques inconvénients inhérents aux appareils à plaque construits en caoutchouc et auxquels on adjoint les bandes ou anneaux de caoutchouc fixés à la fois à l'appareil et aux dents. Ces appareils, qui sont de nettoyage difficile, ne doivent être retirés que par le dentiste ; ils servent de réceptacle aux détritus alimentaires et aux ferments buccaux, et ils facilitent ainsi l'irritation et l'inflammation des muqueuses sur lesquelles ils sont appliqués.

On doit leur préférer l'appareil du Dr Gaillard, parce que celui-ci est construit tout en métal, qu'il est sans plaque et qu'il permet une antisepsie plus large.

A M. Dunogier qui nie la valeur des appareils extenseurs, je répondrai qu'il est possible à plusieurs de mes confrères présents de lui montrer les beaux résultats qu'ils ont obtenus grâce à leur emploi et de lui affirmer qu'ils se sont maintenus après sept ou huit ans, ainsi qu'il le demande.

Mais il faut faire entrer en ligne de compte le peu de bonne volonté que mettent les enfants pour le port de l'appareil de maintien. Il arrive souvent, en effet, que le sujet, une fois ses dents redressées, néglige complètement de porter son appareil de maintien, malgré les recommandations les plus pressantes du dentiste. Il est alors évident que, lorsque nous aurons à redresser des anomalies héréditaires dont la tendance de retour au type familial est très grande, surtout pour les rotations sur l'axe, si l'appareil de maintien n'est pas porté pendant très longtemps, l'irrégularité se reproduira. La conclusion de cette observation serait de généraliser en le préconisant l'emploi comme appareil de maintien des appareils inamovibles. De cette façon on serait sûr de ne pas perdre les résultats si difficilement acquis.

En ce qui concerne le plan incliné, je reconnais que cet appareil peut rendre des services dans certains cas simples, mais ses dimensions devront être restreintes et l'on devra, si l'on veut réussir rapidement et sans danger, le rendre inamovible, car si l'enfant retire son appareil pour manger, les dents, dans les mouvements de mastication, se rencontreront anormalement et reprendront leur position vicieuse.

M. Aguilar s'est fait le défenseur de la méthode de redressement brusque de M. Cunningham.

Plus heureux que ce dernier, il a redressé treize cas d'irrégularités dentaires avec cette méthode, sans accident. Je l'en félicite sincèrement, mais je m'en tiens aux appréciations que j'ai portées sur ce procédé dans mon rapport. Si l'avenir me donne tort, j'en serai très heureux, car les dentistes seront dotés d'un précieux moyen de redressement aussi rapide qu'énergique.

INCIDENT

M. le Président. — Je reçois à l'instant une communication venant de l'Administration de la Société Philomatique décidant que nous pourrons visiter gratuitement demain l'Exposition.

Je suis très heureux de voir la Société Philomatique nous accorder la facilité de visiter l'Exposition, et je prie les membres du comité local de vouloir bien lui transmettre nos remercîments.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION

M. Francis Jean. — M. Dunogier m'a suggéré l'idée d'une étude sur les résultats éloignés des redressements, étude qui serait très intéressante. Il m'a demandé des résultats éloignés, malheureusement je n'étais pas prévenu, sans cela j'aurais pu lui soumettre des modèles et lui donner des preuves. Il s'oppose un peu à l'extension et dit que vous n'avez pas toujours des résultats durables. C'est vrai, si j'ai des dents en éventail, mais si j'ai affaire à des dents placées dans des conditions moins difficiles, je fais le redressement et j'ai un résultat durable.

Je ne suis partisan de l'extraction que lorsqu'une dent est franchement en dehors de l'arcade.

Lorsque les dents sont très serrées, mais pas assez pour que l'extraction soit nécessaire, l'extension est parfaitement indiquée. Il ne s'agit là que de desserrer et il ne faut pas être absolu.

Je ne partage pas l'opinion de M. Godon qui use très volontiers de l'extraction. Lorsqu'il nous faut de la place, il faut évidemment la faire, mais quand on peut l'obtenir en agrandissant l'arcade maxillaire, nous n'avons pas le droit d'enlever une dent.

Le plan incliné formé par les surfaces d'engrènement des petites molaires permet de faire élargir également l'arcade inférieure.

M. Schwartz nous parle de l'appareil Gaillard; je critique son emploi à cause de son défaut d'antisepsie.

Pour le procédé du redressement immédiat, de M. Cunningham, je lui ferai surtout le reproche de ne pas se préoccuper de l'articulation qui est la cause directe du mal *(Applaudissements)*.

M. Amoedo. — M. Dunogier demande quels sont les résultat. éloignés des redressements. Cela est difficile à prévoir, car pour cela il faudrait connaître les causes histologiques de l'irrégularités

Quant à la critique qu'on m'a faite sur le point d'appui que j'ai pris, elle n'est pas juste. J'avais un point d'appui sur six dents, dont quatre grosses molaires permanentes. Ce point d'appui me paraissait suffisant. Cependant je n'ai pas obtenu de résultat, c'est pour cela que j'ai pris un point d'appui sur le sommet de la tête et je n'y ai trouvé aucun inconvénient.

Dans le cas cité par M. Roy, on pourrait obtenir un résultat avec l'appareil d'Angle; j'aurai pris le collet de la dent du côté de la face tranchante, puis, en fixant le fil sur quatre grosses molaires,

la traction produite par le ressort aurait suffi pour faire descendre les incisives supérieures et amener le résultat demandé.

Avec l'appareil d'Angle, on peut faire même des rotations. Vous passez un petit anneau autour de la dent déviée, cet anneau est relié à une petite coulisse où est introduite une tige portant un ressort. Cette coulisse se fixe sur les molaires et le ressort produit le redressement au bout de quelques jours.

M. Rigolet (d'Auxerre). — J'ai eu l'occasion de voir un malade présentant l'anomalie que M. Roy a signalée tout à l'heure.

Les incisives supérieures n'engrenaient pas avec les inférieures ; cette anomalie était due à ce que le malade, par suite de maux de gorge, avait été obligé de dormir la bouche ouverte.

Je consultai le médecin pour faire l'ablation des amygdales et je me proposais d'appliquer sur le maxillaire inférieur un appareil dans le sens de celui de M. Amoëdo. J'ai dû y renoncer, en raison de ce que l'angle du maxillaire inférieur était très allongé. Dans ces conditions, je crois qu'il était difficile d'obtenir un résultat.

Je trouve que le forceps nouveau de M. Aguilar est un excellent instrument.

M. le Président. — L'ensemble des discussions qui viennent d'avoir lieu fait le plus grand honneur aux dentistes français. Depuis des années que je parcours les comptes rendus des sociétés professionnelles, je n'y ai pas trouvé et on y trouverait difficilement une discussion aussi complète et aussi étendue de la question. Nous n'avons donc qu'à nous féliciter d'avoir suscité un aussi grand nombre de travaux si intéressants (*Applaudissements*).

ORDRE DU JOUR

Il vous reste une difficulté à trancher, c'est de régler la séance de demain. Vous avez à opter sur ce que vous devez faire. Vous vous trouvez en présence de travaux préparés depuis longtemps et vous ne pouvez faire à vos collègues, qui ont travaillé, cette impolitesse, cette suprême injure de leur dire : nous n'avons pas le temps de vous entendre (*Marques d'approbation*). Il me paraît donc indispensable que vous commenciez votre séance de demain à 1 h. 1/2. Je vous proposerai de plus que la discussion de la deuxième question ne commence qu'à quatre heures et dans ces conditions nous espérons épuiser l'ordre du jour.

Il est évident que dans l'ignorance de la longueur des discussions l'ordre du jour imprimé était provisoire, nous avons dû le charger afin de ne pas laisser le travail s'accumuler pour la dernière journée. Si nous n'avions pas agi ainsi, nous aurions été acculés à la nécessité de supprimer. Or, nous avons fait appel à votre bon vouloir et nous voulons vous en être reconnaissant en vous permettant d'entendre demain toutes les communications (*Applaudissements*).

Voulez-vous pour demain former deux sections, une de communications orales, l'autre de démonstrations pratiques ?

M. Stevenin. — Plusieurs sections pourraient faire des communications orales.

M. Choquet. — Il ne faut pas trop faire de sections, car on est venu pour entendre les communications orales et les démonstrations pratiques.

M. le Dr Roy. — Aujourd'hui vous avez été pris toute la matinée parce qu'il y avait la séance officielle d'inauguration ; il n'en sera pas de même demain.

Je crois donc que les démonstrations pratiques pourraient commencer demain à 8 h. 1/2 ; deux heures seraient suffisantes pour les terminer et on reprendrait ensuite jusqu'à midi les communications orales. Je crois qu'en agissant ainsi, nous pourrions voir demain matin les communications laissées de côté aujourd'hui, et à 2 heures on reprendrait l'ordre du jour (*Applaudissements*).

M. Godon. — On pourrait limiter le temps laissé à chaque communication à 10 minutes.

M. le Président. — Je mets aux voix la proposition de M. Roy, de commencer à 8 h. 1/2 les démonstrations pratiques et à 10 1/2 les communications orales, qui dureront jusqu'à midi. A 2 heures, nous continuerons les communications orales portées à l'ordre du jour.

Il n'y a pas d'opposition (*Adopté*).

Dans l'hypothèse où nous n'aurions pas épuisé l'ordre du jour à 3 h. 1/2, voulez-vous reporter à 4 h. la discussion de la question proposée? (*Adopté*.)

Au lieu d'accorder 20 minutes comme cela est porté au programme, il ne sera accordé que 10 minutes. En outre, sur décision favorable de l'Assemblée, 5 minutes supplémentaires seront accordées (*Adopté*).

La séance est levée à 6 h. 1/2.

L'un des secrétaires,
Dr M. Roy.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

I. — Nettoyage du godiva.

Afin de faciliter la besogne, un moyen très simple consiste, dès que le modèle est coulé, à brosser complètement ladite substance à empreintes jusqu'à ce qu'il n'y ait plus une parcelle de plâtre dessus. Bien entendu ceci doit se faire dès que le modèle est bien sec, pour ne pas courir le risque de le voir se détériorer; cela se fait par exemple au moment du dépouillement ou de la séparation des deux parties (empreinte et moule).

Alors, dès que le modèle est débarrassé de son godiva, il ne restera plus qu'à former ce dernier en tablette, il est prêt à être rangé; on n'y trouvera aucune trace de plâtre ou tout au moins très peu ; de là, grande avance dans le travail.

II. — Nettoyage des limes a racine.

Le meilleur moyen de les nettoyer, surtout dès qu'on doit s'en servir à nouveau dans la même journée, est de les passer au feu, à la flamme soit du gaz ou d'une lampe à alcool, en ayant soin, bien entendu, de ne pas détremper l'instrument. Par ce moyen, on agit d'abord comme antiseptique, car il n'y a rien de tel que le feu pour remplir ce but. A ce sujet, le jour où l'on pourra stériliser les canaux dans la carie du 4e degré par le feu, *mais d'une façon sûre*, ce sera une bien grande abréviation et pour le malade et pour le dentiste.

Après avoir passé la lime au feu, ce qui a pour but tout simplement de sécher et le sang et la salive tout en désinfectant, il ne restera plus qu'à brosser fortement avec une carde.

III. — Nettoyage des plaques de verre.

Les plaques sur lesquelles nous préparons nos ciments instantanément peuvent se nettoyer en y passant une goutte d'acide (par exemple notre eau à dérocher les pièces métalliques dans nos ateliers) ou une goutte d'ammoniaque. Avoir soin après de passer le verre à l'eau et de bien sécher.

(Ces trois procédés nous ont été communiqués par M. Henri Cazeaux, de Dunkerque.)

IV. — Montage des disques et des pointes sur le tour dentaire.

M. Chupein, dans le « *Dental office and Laboratory* », dit que le meilleur procédé pour monter les disques et les pointes sur le tour dentaire est d'employer le ciment phosphaté.

Pour cela, délayer le ciment très clair ou lui donner, tout au plus, la consistance d'une crème; verser une petite quantité de cette préparation dans le trou du disque ou de la pointe ; en enduire l'extrémité de la tige du mandrin et appliquer enfin celle-ci dans l'ouverture de la pièce à monter.

Ceci fait, laisser sécher jusqu'à ce que le ciment soit parfaitement dur. Alors il est impossible de séparer les deux pièces.

Le résultat obtenu de cette façon est de beaucoup supérieur à celui donné par la gomme laque, généralement employée.

IV. — Durcissement du platre.

L'addition de gomme d'acacia au plâtre employé pour couler des

modèles ou prendre des empreintes est fort recommandée par M. E. Lloyd-Williams.

Quand le plâtre est destiné à prendre une empreinte, M. E. Lloyd-Williams ajoute une once de gomme d'acacia à une pinte d'une solution d'alun ; quand, au contraire, le plâtre est préparé pour couler des modèles, il en ajoute une moins grande quantité.

L'addition de la gomme d'acacia au plâtre a pour but de le rendre moins friable et plus dense et de lui donner un aspect luisant.

VI. — Durcissement des objets en platre.

La *Revue des Inventions nouvelles* fait connaître un procédé breveté qui semble résoudre d'une façon complète le problème si longtemps cherché du durcissement du plâtre. Ce procédé consiste à gâcher le plâtre ou à enduire les objets que l'on veut durcir avec une solution de triborate d'ammoniaque, et voici comment se fait l'opération : on fait dissoudre de l'acide borique dans de l'eau chaude, et l'on y ajoute ensuite une quantité déterminée d'ammoniaque; le produit obtenu, très soluble dans l'eau, est employé, comme nous l'avons dit, pour gâcher le plâtre, ou bien, lorsqu'il s'agit simplement de durcir la surface extérieure d'un objet, il est appliqué au pinceau sur cette surface. Au bout de deux jours, le plâtre est devenu absolument dur, et l'eau n'a plus sur lui aucune action. Le procédé est à la fois simple et peu coûteux.

VII. — Moyen de raccommoder les modèles en platre.

Enduire à deux ou trois reprises les surfaces cassées de gomme laque liquide très épaisse, et à chaque application passer les parties enduites à la flamme afin de brûler l'alcool. Quand la gomme laque est assez molle, rapprocher les parties cassées et les maintenir ainsi jusqu'au refroidissement. Alors, les morceaux collés tiennent aussi solidement qu'avant.

VIII. — Blocs d'amalgame pour base d'obturation.

Les blocs d'amalgame de cuivre sont très utiles dans les cas où on a la chance d'obtenir une bonne empreinte de la cavité. L'amalgame est introduit directement dans le moulage. La surface de l'amalgame, quand celui-ci a pris complètement et convenablement, est en état d'être brunie. J'estime que cela donne un fond d'obturation qui s'adapte exactement si le travail est soigné. Ce procédé s'emploie pour faire des bases solides ou une espèce de corps de base (Dr Ames).

(*Ohio journal.*)

IX. — Réfection des roues de Coryndon.

Ce qui suit est vieux, mais peut être nouveau pour quelques-uns. Quand des roues se sont creusées ou aplaties d'un côté, les placer, ce côté en bas, sur un morceau de plaque de verre, puis chauffer celle-ci sur une lampe de façon à ce que la chaleur frappe le verre sous le centre de la roue. Quand celle-ci s'est amollie, de manière à s'égaliser sur le verre, enlever celui-ci et le mettre dans un endroit froid où la roue se reformera vite. Ce travail doit être fait très soigneusement pour que la roue ne soit pas surchauffée et ne perde pas sa forme.

(Items of interest.)

NÉCROLOGIE

PASTEUR

Quelle est la branche de l'art de guérir qui n'est pas tributaire des découvertes de Pasteur? L'art dentaire, comme la chirurgie, comme l'hygiène, comme l'art vétérinaire, peuvent considérer que celui qui les a le plus servis vient de disparaître après une longue vie de travaux heureux, de découvertes éclatantes, dont les conséquences se répercuteront dans la suite des siècles.

Puisque le traitement des affections buccales et particulièrement de la carie compliquée relève de l'antisepsie, on doit considérer comme une perte la disparition de l'homme qui l'a en quelque sorte suggérée et rendue possible.

Nous n'avons pas ici à rappeler les titres scientifiques de Pasteur, mais, comme tout ce qui pense, nous tenons à saluer la mémoire d'une des plus grandes intelligences dont notre pays et notre siècle peuvent s'enorgueillir.

NOUVELLES

SÉANCE ANNUELLE D'OUVERTURE DES COURS

Sous la présidence de

M. Léon Bourgeois, député, ancien ministre.

Ordre du jour

Allocution de M. Godon, Président du Conseil d'administration, Directeur de l'Ecole.

Conférence de M. Pinet, Docteur en Médecine, Professeur à l'École.

Rapport de M. Francis Jean, Secrétaire général.

Distribution des Récompenses et remise des Diplômes aux Élèves de l'Année scolaire 1894-95.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Les cours de l'Ecole dentaire de Paris commenceront le 4 novembre prochain. Les registres d'inscription sont ouverts dès à présent et seront irrévocablement fermés le 30 novembre.

Les cours préparatoires à l'obtention du certificat d'études exigé des jeunes gens qui veulent se présenter aux examens d'Etat, commenceront à l'Ecole dentaire de Paris dès que le nombre des élèves inscrits sera suffisant.

Les inscriptions sont reçues actuellement au secrétariat de l'Ecole.

L'ÉCOLE DENTAIRE DE BORDEAUX

Nous apprenons que l'Ecole dentaire de Bordeaux est constituée et fonctionne pour l'année scolaire 1895-96. Son siège est rue Sainte-Catherine, 226.

Les cours pratiques sont confiés à des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris et à des diplômés des Ecoles américaines. C'est là un gage de succès pour la première Ecole provinciale.

Les titulaires sont :

MM. Brugeille, diplômé de l'Ecole de Baltimore.
Dumora, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et de la Faculté de médecine.
Dr Dutour, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.
Hockes, diplômé de l'Ecole de Philadelphie et ex-démonstrateur de cette Ecole.
Lot, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et de la Faculté de médecine.
Robinson, diplômé de l'Ecole de Philadelphie.
Seigle, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

L'ART DENTAIRE D'HIER

Quant à moi, je ne puis songer sans frémir à l'aventure qui m'arriva un jour dans une petite ville où je passais. Saisi d'une rage de dents atroce, j'allai chez un dentiste qui m'avait été indiqué comme étant d'une habileté rare. En entrant, je reconnus du premier coup d'œil un ancien brigadier de gendarmerie que j'avais vu naguère sous le baudrier. Je ne pus m'empêcher de lui rappeler ce passé glorieux et je lui demandai où il avait appris la profession de dentiste. Il saisit sa clef de Garengeot d'une main puissante et me dit : « Avec ça, monsieur, pas besoin d'études. C'est le plus beau des instruments ! Une fois la dent saisie, rien à craindre : il faut qu'elle vienne. Ça vous emporterait plutôt la mâchoire. — Vous allez voir ! » Je le félicitai de son habileté, mais je m'esquivai lâchement. Je ne souffrais plus. (*Union médicale.*)

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris, demande situation Paris ou province. Reprendrait aussi bon cabinet. S'adresser bureau du journal, initiales D. G. 8.

A REPRENDRE dans une ville de l'Est, un cabinet faisant 18,000 francs d'affaires. Affaire sérieuse. S'adresser chez MM. Reymond frères, 44, Place de la République, Lyon.

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans ville de Préfecture, grande maison avec jardin (*loyer très avantageux*), beau chiffre d'affaires. On céderait pour 4.000 francs comptant. S'adresser au bureau du journal sous les initiales V. Q.

POUR CAUSE DE DÉPART à l'étranger, on céderait pour le prix de l'installation, joli cabinet de chirurgien-dentiste au centre de Paris. S'adresser chez M. Guillois, fournisseur, rue Richer.

A CÉDER, pour cause de santé, dans l'Ouest, un cabinet dentaire existant depuis vingt ans. Recette annuelle des dix dernières années de 20 à 25.000 francs. S'adresser à M. F. Jean, rue Tronchet, 32.

A CÉDER, pour cause de santé, un cabinet en province, dans l'Est. Joli pays, bien placé. Affaires 15 à 18.000 fr. par an. On traiterait pour 10.000 fr. S'adresser au journal, initiales E. O.

DENTISTE D. D. S., patenté en France, ayant été premier opérateur dans un des grands cabinets de Paris, cherche à devenir associé ou acquéreur d'une bonne maison à Paris. S'adresser à M. C. Cornelsen, rue Saint-Marc, 16, Paris.

UN DENTISTE, faisant environ 40.000 fr. d'affaires par an, chercherait un acquéreur. Cabinet bien situé, au 1er étage, près de la Madeleine. Bail avantageux. M. C. chez Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER cabinet dentaire, trente années d'existence, totalité ou en partie. Chiffres d'affaires 20.000 francs. — Loyer 1.500 fr. — Une année d'essai. — S'adresser « Alpha » M. Cornelsen, 16, rue St-Marc.

OPÉRATEUR mécanicien, 33 ans, parlant français, anglais et italien, demande situation, Paris.

Matériel de cabinet et d'atelier, état neuf, à vendre. S'adresser à la Rédaction. M. W.

OUTILLAGE de dentiste à céder dans de bonnes conditions. S'adresser à M. Bornat, rue des Poissonniers, 35.

OPÉRATEUR mécanicien demande un emploi Paris. S'adresser à l'Ecole dentaire de Paris, Sc.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Treizième année) — Ch. GODON, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'un école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties : l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique**. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat**.

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, ✪, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.
L. Bioux.
J. Bonnard.
P. Dubois.
L. Frey.
Gravollet-Leblan.
Legret.
Loup.
Löwenthal.
Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, ✪. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✳ ✪.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher ✪, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS

G. Blocman, ✪, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, ✪, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, ✪, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, ✪, Dr en médecine.
P. Poinsot, ✪, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, ✪, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Roy.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard ✪, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE ✪ — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris.

ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, JOSEF — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

SEIZIÈME SÉANCE DE RÉOUVERTURE DES COURS

Présidence de M. Mesureur,

Ministre du Commerce et de l'Industrie.

Le jeudi 7 novembre, l'Ecole dentaire de Paris a brillamment célébré la seizième séance de réouverture de ses cours.

Une assistance choisie, parmi laquelle un grand nombre de dames, se pressait dans l'hôtel de l'Ecole aménagé pour la circonstance.

Chaque année un public plus nombreux vient assister à cette séance de réouverture, qui est une fète pour le monde professionnel et dont le succès grandissant permet de constater la croissante vitalité de notre institution.

Cette séance était présidée par M. G. Mesureur, Ministre du Commerce, représentant M. Léon Bourgeois, président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, que les hasards de la politique (hasards heureux cette fois) venaient de porter au pouvoir, et qui avait été empêché d'assister à cette séance par suite des exigences de cette même politique.

Mais, à défaut d'un nouvel ami, notre Ecole revoyait avec plaisir en M. Mesureur un vieil ami, un ami presque de nos débuts qui, étant président du Conseil municipal de Paris, était déjà venu présider nos séances, et nous avait apporté à plusieurs reprises le témoignage de sa sympathie. Aussi l'assistance lui a-t-elle fait un accueil des plus chaleureux.

Aux côtés du président avaient pris place MM. Paul Strauss et Villain, conseillers municipaux : Lecaudey, directeur honoraire; Godon, directeur, le bureau et les membres du Conseil d'Administration, ainsi que le personnel enseignant de l'Ecole, M. le Dr Bérillon, M. Michaëls, professeur à l'Ecole odontechnique, etc., etc.

A 9 heures, M. Mesureur déclare la séance ouverte et donne la parole à M. Godon.

L'orateur remercie tout d'abord M. Mesureur d'avoir bien voulu venir au dernier moment remplacer M. Bourgeois ; puis, prenant

pour thème le rapport de M. Bastid à la Chambre des députés, concernant les Ecoles dentaires, dont le rapporteur appuyait la demande en proposant le rejet du crédit réclamé pour l'organisation officielle de l'art dentaire, il a montré les avantages de cette solution et pour l'Etat et pour les dentistes, et exposé ensuite les desiderata de l'Ecole et de la profession.

A ce discours très applaudi a succédé une conférence de M. le Dr Pinet, professeur à l'Ecole, qui a tracé à grands traits l'histoire de l'anesthésie, de cette découverte à laquelle les dentistes s'enorgueillissent à bon droit d'avoir pris une si large part. On trouvera plus loin le texte de cette intéressante conférence.

Le président donne alors la parole à M. Francis Jean, notre dévoué secrétaire général, qui communique les lettres et télégrammes adressés pour s'excuser de ne pouvoir assister à la séance, par MM. Brisson, président de la Chambre des députés, Berger, député du IXe arrondissement, Labbé, sénateur, Quenu et Sébileau, professeurs à la Faculté de médecine, Dérouin, secrétaire général de l'assistance publique, Evelin, inspecteur d'Académie, le maire du IXe arrondissement, Poinsot, Damain, directeur de l'Ecole dentaire de France, Ducournau, président de la Société odontotechnique, Berthaux, membre honoraire du Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France, Frey, Saint-Hilaire, Friteau, Brigiotti, Löwenthal, Hivert, Weber, Dr Damain, Dr Pierrot, sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire, Beuxdeley, maire, et Sansbœuf, adjoint du VIIIe arrondissement, etc., etc.

M. Francis Jean a donné ensuite lecture de son rapport annuel où il expose les modifications et les améliorations apportées dans le fonctionnement de l'école pendant l'année écoulée, et fait constater par les chiffres mêmes la prospérité sans cesse grandissante de l'Ecole, constatation accueillie par les applaudissements de l'assistance.

M. Mesureur prend alors la parole et, dans une chaleureuse allocution, dit toute sa sympathie pour l'Ecole et sa satisfaction de la voir progresser sans cesse.

Il n'avait pas, a-t-il dit, mission de parler au nom du gouvernement, néanmoins, comparant dans une brillante métaphore le gouvernement à un phare dont les feux peuvent varier de coloration, mais dont la source lumineuse est toujours la même, l'esprit de la démocratie, l'Ecole pouvait être assurée que le gouvernement verrait toujours avec plaisir se créer et se développer des œuvres démocratiques comme la sienne.

Une salve d'applaudissements a salué cette péroraison.

Avant que la parole soit donnée à M. Martinier, président de la commission scolaire, pour la lecture du palmarès, M. Godon rappelle, en excellents termes, la récente nomination de M. Lecaudey comme chevalier de la Légion d'honneur, et dit le plaisir ressenti par tous à cette occasion et le désir de le lui manifester. Mais l'Ecole avait épuisé pour M. Lecaudey toutes les formes des manifestations de sympathie ; aussi, de même que l'on donne la mé-

daille du simple soldat aux généraux ayant reçu les suprêmes honneurs, de même l'Ecole remet à son ancien directeur une médaille de bronze en commémoration de cette récompense si légitime.

On décerne également une médaille d'or à M. Blocman et une médaille d'argent à M. de Lemos, qui tous deux font partie depuis plus de dix ans du corps enseignant de l'Ecole.

Les applaudissements chaleureux de toute l'assistance ont prouvé que ces choix rencontraient la sympathie unanime et que c'était là une récompense bien méritée par l'un et par l'autre.

M. Martinier donne alors lecture du palmarès et il est procédé à la distribution des récompenses et à la remise des diplômes.

M. Godon prend la parole et dit en s'adressant à M. Mesureur : « Nous avons un usage qui consiste, à la fin de chaque séance de réouverture des cours, à remettre à notre président une médaille pour le remercier du concours qu'il nous a apporté en nous honorant de sa présence. Veuillez me permettre, Monsieur le Président, de ne pas manquer à cette tradition. »

Il remet à M. Mesureur une médaille commémorative.

M. Lecaudey formule des remerciements pour les éloges qui lui ont été adressés.

La séance officielle est terminée, mais un lunch est servi aux invités pendant que l'orchestre joue une suite de charmants morceaux et c'est aux sons de la musique que, jusqu'à minuit, on lève son verre aux succès de l'Ecole dentaire de Paris.

Dr M. Roy.

DISCOURS DE M. GODON

Président-directeur de l'Ecole.

Mesdames, Messieurs,

Avant de prononcer l'allocution que l'usage impose au directeur de l'Ecole, j'ai un mot d'explication à vous donner et un devoir à remplir.

Notre Conseil d'administration, au moment de choisir le président de cette séance, s'est souvenu que M. Léon Bourgeois, en 1890, lorsqu'il était ministre de l'Instruction publique, nous avait donné des preuves de sa sympathie à l'égard de notre institution. A cette époque il avait, comme aujourd'hui, accepté la présidence de la séance de réouverture des cours, puis il s'était vu obligé d'y renoncer par suite des travaux législatifs et nous avait délégué l'éminent directeur de l'enseignement supérieur, M. Liard.

Aussi, désirant voir figurer dans la liste de nos présidents d'honneur le député libéral dont la parole éloquente a si souvent servi la défense des associations professionnelles et des œuvres d'initi ative privée, nous avons profité cette année du moment où li

n'était plus ministre pour lui offrir la présidence de cette séance.

Nous avions prié M. Mesureur, comme président d'honneur de cette institution, dont il s'est fait si souvent le défenseur heureux, d'être notre interprète près de son collègue, et M. Bourgeois avait accepté.

Mais nous avions compté sans les événements politiques que vous connaissez, qui, en portant M. Bourgeois à la présidence du Conseil des ministres (*Applaudissements*), l'ont encore une fois mis dans l'impossibilité de venir, par suite des préoccupations qui l'assiègent et dont nous comprenons toute l'importance et toute la gravité.

M. Mesureur, dont nous saluons tous ici l'entrée dans le ministère progressiste qu'on vient de constituer, a bien voulu nous donner un nouveau témoignage de sa grande sympathie pour notre institution, en consentant à venir ainsi à la dernière heure occuper le fauteuil de la présidence à la place de M. le Président du Conseil.

Je suis sûr, mesdames et messieurs, d'être votre interprète, comme je suis celui de notre Conseil d'administration, en adressant à M. le Ministre du Commerce Mesureur l'expression sincère de notre vive gratitude à tous pour les nouveaux services qu'il vient ainsi de rendre à notre Ecole. (*Applaudissements prolongés.*)

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Tous les ans à cette même époque, nous convions les amis de cette institution à venir ici célébrer avec nous la réouverture de nos cours.

Cette cérémonie, que vous trouvez, sans doute, un peu solennelle, n'a pas seulement pour but, quelque satisfaction que cela nous cause, de décerner les prix et les diplômes mérités par nos élèves pour leur travail et leur assiduité pendant l'année qui vient de s'écouler. Nous éprouverions quelques scrupules à venir déranger ainsi, au milieu de leurs préoccupations et de leurs travaux, les hautes personnalités de la science ou de la politique qui consentent à nous honorer de leur présence, pour les faire assister à une simple distribution de prix.

Il y a à cette réunion des motifs d'un ordre un peu plus élevé sur lesquels je vous demande la permission de m'expliquer.

Dans notre pays, où l'Etat, centralisateur par excellence, a pris l'habitude de penser et d'agir, la plupart du temps, pour la grande masse des citoyens, où tout fonctionne par lui ou sous son impulsion immédiate, une institution créée et dirigée par l'initiative privée seule, comme l'est celle-ci, constitue une chose, je ne dirai pas unique, mais au moins — et j'oserai dire malheureusement — exceptionnelle.

Aussi, avant d'ajouter aux quinze ans d'existence de cette institution une nouvelle année de fonctionnement, avant de recommencer une autre scolarité, les administrateurs qui vont en avoir la responsabilité sont pris chaque fois d'une certaine inquiétude.

Ils ont besoin qu'un des hommes qui, par la confiance de leurs concitoyens, détient une part de la puissance publique, qu'un de ceux qui, par leur haute situation ont acquis une autorité morale

incontestable, vienne leur dire s'il croit qu'ils sont toujours dans la bonne voie, s'ils continuent à faire œuvre utile, s'ils sont toujours en accord avec l'esprit moderne, avec l'avenir de notre démocratie, avec le souci de son développement et de son éducation; s'ils ont toujours raison de croire que l'enseignement professionnel aux mains des corporations est encore pour le travail national le meilleur procédé d'éducation pour ses membres et la meilleure arme de lutte contre l'étranger. (*Applaudissements.*)

Ils peuvent ensuite, après cette consultation, remplir avec plus de tranquillité d'esprit et de foi leur devoir envers l'institution dont ils ont la charge; ils peuvent surtout réclamer de tous avec plus de force et d'autorité les concours dévoués qui leur sont sont nécessaires pour la faire vivre, et dont ils auraient hésité sans cela à priver d'autres œuvres aussi intéressantes et restées plus utiles.

C'est pour ce motif que tour à tour, pendant ces quinze années, on a vu les hommes les plus connus dans la science et la politique venir présider ces séances de réouverture des cours et nous couvrir de leur puissant patronage : MM. les professeurs Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Pinard, Hérard, le président si estimé de la Chambre des députés, M. Henri Brisson, MM. les ministres Mesureur, Chautemps, MM. les députés Emile Ferry, Bourneville, G. Berry, M. le sénateur Léon Labbé, MM. les conseillers municipaux Strauss, Donnat, Deschamps et MM. les directeurs Monod, Liard, Ollendorff, délégués par les ministres du commerce, de l'intérieur et de l'instruction publique.

C'est pour cela encore que vous voyez ce soir, à côté de M. le ministre du commerce, MM. les conseillers municipaux Strauss et Villin, de distingués membres du corps des médecins et des chirurgiens des hôpitaux comme MM. les docteurs Hirtz, Voisin, etc.

Or, cette consultation qui est, comme vous le voyez, le principal motif de cette réunion annuelle, n'aura jamais été aussi précieuse pour nous qu'aujourd'hui, par suite de la grande autorité qui s'attache au nom et à la parole des présidents de cette séance : MM. les ministres Léon Bourgeois et Mesureur, qui, par les hautes fonctions qu'ils ont occupées, qu'ils occupent aujourd'hui, autant que par la grandeur de leur caractère et l'élévation de leurs idées, ont pris place au premier rang parmi ceux que l'on considère à juste titre comme les directeurs de l'opinion et de la conscience publique. (*Applaudissements.*)

Cette consultation n'aura non plus jamais été plus opportune, étant donné les circonstances particulières dans lesquelles se trouve en ce moment notre Ecole.

Lorsque, il y a seize ans, notre profession, ignorée de la loi et de l'Etat, était dépourvue de toute organisation, de tout centre d'enseignement, nous tentions, en fondant cette institution, d'appliquer quelques-uns des principes que préconisaient à cette époque la majorité des membres du Parlement : « Habituez-vous, disaient-ils, à faire vos affaires vous-mêmes; l'Etat ne peut se charger de tout, l'initiative privée est souvent plus féconde, elle répond mieux à vos

besoins. Pour cela, groupez-vous, associez vos forces pour la défense de vos intérêts généraux. »

Toutes ces leçons de bonne éducation civique ont trouvé à cette époque un écho dans le cœur de la majorité des dentistes français.

Ils se sont alors réunis, et de l'association de leurs forces, il est résulté ces écoles dentaires qui, par leurs seuls efforts, ont grandi, prospéré de telle sorte que l'on peut dire que depuis quinze ans elles sont les pépinières d'où sont sorties, avec la nouvelle génération des chirurgiens-dentistes français, la renaissance et le relèvement de notre art.

Mais bientôt l'Etat s'est ému du bruit qui se faisait autour de nos institutions. Il est intervenu et, d'accord avec le Parlement, nous a gratifiés d'une loi qui, si elle ne nous a pas tous satisfaits, a au moins le mérite d'avoir défini la situation légale de notre profession et de ceux qui l'exercent.

Désormais, pour être chirurgien-dentiste, il faut subir, devant une Faculté de médecine, des examens tout comme pour être médecin, pharmacien ou sage-femme.

L'administration, chargée d'appliquer la loi nouvelle, s'est alors posé cette question :

Quels établissements seront chargés de donner l'enseignement préparatoire à ces examens ?

Il n'était pas possible d'en charger les Facultés de médecine telles qu'elles étaient organisées. Elles n'avaient ni les cours, ni l'installation nécessaire.

Dans ce cas, il fallait que l'Etat s'adressât aux Ecoles dentaires libres, ou qu'il créât lui-même de toutes pièces un enseignement dentaire officiel.

L'administration crut que l'article 2 de la loi sur la médecine lui imposait cette dernière solution. Dans ce but des crédits furent demandés au Parlement.

Nous étions désolés de cette décision qui plaçait nos écoles dans une situation bien difficile : ou elles allaient être entièrement absorbées par l'organisation de l'enseignement officiel, ce qui pourtant était peu probable, si l'on se rappelle ce qui s'est passé pour l'organisation des examens ;

Ou elles étaient condamnées à être des concurrentes malheureuses des établissements de l'Etat, pour lesquels l'administration aurait naturellement réservé toute sa bienveillance et toutes ses faveurs.

Dans l'un ou l'autre cas, l'existence de nos écoles libres paraissait bien compromise. Nous n'avions qu'à nous résigner, satisfaits d'avoir pu pendant une période de quinze ans préparer les voies nouvelles, lorsque l'intervention du Parlement est venue modifier cette situation. A la demande de l'administration, la commission du Budget a répondu qu'il n'y avait pas lieu de créer un enseignement dentaire officiel.

Permettez-moi de vous citer ces quelques lignes extraites de l'excellent rapport de l'honorable M. Bastid sur le budget du ministère

de l'Instruction publique, qui est encore le meilleur plaidoyer qu'on ait pu faire en faveur de nos écoles :

« *Il nous a semblé, dit-il, que la loi du 30 novembre 1892, en rendant obligatoire le diplôme de chirurgien-dentiste pour l'exercice de l'art dentaire, n'imposait pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseignement dans les Facultés. Il existe à Paris deux écoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en pleine prospérité. On peut prévoir que des écoles de ce genre s'organiseront ailleurs; si l'on impose cet enseignement dans les Facultés de médecine qui ne le demandent pas, c'est la mort des établissements libres.*

« *Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle!*

« *Il aura par les examens et par la collation des diplômes la haute main sur l'enseignement dentaire, il pourra par là veiller à ce que les chirurgiens-dentistes aient les connaissances scientifiques que la loi exige, mais il sortirait de son rôle en voulant tout absorber, et nous ne pensons pas qu'il y ait utilité à créer, en vue de l'organisation de l'enseignement dentaire dans les Facultés, une cause de dépenses nouvelles pour le budget. Nous avons donc rejeté le crédit de 50.000 fr. qui nous était demandé*[1]. »

Cette décision de la commission du Budget fut ratifiée par le Parlement.

Elle nous imposait un devoir nouveau, celui de faciliter l'application de la loi de 1892, et nous confirmait dans notre rôle d'auxiliaires de l'Etat.

Nous nous sommes efforcés de justifier la confiance que l'on avait eue en nous, en provoquant l'adoption de mesures transitoires pour faciliter les premières applications de la loi, en créant des cours préparatoires, en organisant les examens dont nous avons été chargés.

L'administration accepta la solution adoptée par le Parlement. Elle n'inscrivit dans le projet de budget pour 1896 aucune demande nouvelle de crédit pour l'enseignement dentaire, puis, à la fin de l'année 1894, elle régularisa la situation légale de nos écoles. Par le décret du 31 décembre 1894, sur avis du Conseil d'Etat, les écoles dentaires furent définitivement assimilées aux établissements d'enseignement supérieur libre régis par les lois de 1875 et de 1880 sous certaines conditions auxquelles nous nous sommes empressés de nous soumettre.

Nous comprenons les responsabilités de l'administration et tous nos efforts ont toujours eu pour but de lui faciliter l'accomplissement de sa tâche.

Le nouveau décret a eu l'immense avantage de conférer aux certificats d'inscription et de stage que nous délivrons la même valeur que s'ils émanaient d'un établissemeut de l'Etat.

Les élèves dentistes peuvent maintenant faire dans les Ecoles dentaires libres leurs trois années de stage exigées par la loi et,

---

1. Loc. cit., p. 17, *Odontologie*, déc. 1894, p. 718.

après y avoir obtenu leurs douze inscriptions, se présenter ensuite à la Faculté de médecine devant le jury de l'Etat pour y subir les examens et obtenir le diplôme qui leur confère le titre de chirurgien-dentiste.

Cette solution très simple de la question de l'enseignement dentaire et qui ne coûte rien à l'Etat est en tous points conforme au désir manifesté par M. Bastid dans le rapport que nous citions tout à l'heure, conforme au désir manifesté par le Parlement, conforme enfin aux vœux que nous avons si souvent exprimés.

Cependant il nous reste une crainte :

Le fonctionnement d'un établissement comme celui-ci, en dehors de la responsabilité morale qu'il impose à ceux qui le dirigent, entraîne de gros risques matériels. Il faut beaucoup de prudence pour l'administration d'un budget annuel de 50 000 fr. Il oblige à prendre des engagements, quelques-uns d'une certaine durée, vis-à-vis des employés, des élèves, des professeurs, du propriétaire, etc.

Il est donc nécessaire d'être un peu fixé sur le lendemain. Il n'est pas dans notre pensée de demander aucun engagement à l'administration qui assiste en spectatrice, peut-être un peu sceptique, au fonctionnement d'institutions qu'elle n'a pas créées.

Nous sommes obligés de nous retourner vers les membres du Parlement et de leur dire quelle est la situation de ces établissements dont ils ont souhaité la durée et d'appeler leur attention sur les conséquences de leur décision.

Or, après une année d'application heureuse de la solution qu'ils ont conseillée, nous nous demandons si l'essai qui en a été fait pourra être durable.

Les objections que l'on avait fait valoir contre l'adoption de cette solution tendent à disparaître tous les jours, à mesure que, par la pratique, se dissipent les malentendus auxquels elle avait donné naissance.

Après l'excellent rapport de M. Bastid, j'aurai peu de chose à ajouter. Pourtant il y a quelques critiques dont il n'a pas parlé et qu'il me semble nécessaire de ne pas laisser sans réfutation :

L'argument qui a été le plus souvent employé contre nous était l'insuffisance présumée des dentistes des Ecoles pour faire œuvre d'enseignement.

Ils pouvaient, à cette époque, répondre en montrant le succès obtenu près de la clientèle française par les élèves qu'ils avaient formés depuis 15 ans. Le public sur ce point n'est pas un juge à dédaigner, puisqu'il est en la matière le principal intéressé.

Depuis la loi de 1892, ils peuvent ajouter que tous les membres de leur corps enseignant ont fourni la preuve de la capacité réclamée par l'Etat en subissant les examens institués par la nouvelle législation.

La présomption d'insuffisance ne peut donc plus honnêtement être employée contre eux. J'ajouterai que, dans notre Ecole, sur 28 professeurs et professeurs suppléants, il y en a près de la moitié qui, en dehors du titre légal, possèdent des grades en médecine ou en science. Un d'entre eux, M. le Dr M. Roy, vient d'être choisi

par l'administration de l'Assistance publique comme dentiste des hôpitaux; plusieurs sont d'anciens internes, un est professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'insuffisance de l'enseignement ne pourrait être invoquée que dans le cas où les élèves échoueraient aux examens de l'Etat. Il n'en a pas été ainsi jusqu'à présent, bien au contraire. En vain, au début des examens, des confrères malintentionnés à l'égard de nos Ecoles avaient voulu tirer argument contre nous de l'ignorance scientifique de certains candidats. Une petite enquête a montré que ces candidats étaient des patentés, dispensés de toute étude par les dispositions transitoires de la loi et qui n'avaient passé par aucune école, comme l'a fort bien établi notre dévoué secrétaire général, M. F. Jean, dans son excellent rapport sur les premières sessions d'examen à la Faculté.

Ces attaques injustes ont eu au moins l'avantage de provoquer l'étude attentive de nos programmes et de nos règlements; que nous avons mis en complet accord avec la loi, les décrets et les désirs de la Faculté.

Les modifications que nous avons introduites dans l'enseignement scientifique vont nous décharger d'une grande part de responsabilité, comme on vous le dira tout à l'heure, par suite de l'admission de nos étudiants aux cours qui ont lieu à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction d'un professeur agrégé de la Faculté, M. le Dr Quenu, et bientôt aussi dans certains services de médecine et de chirurgie des hôpitaux.

Quant à l'enseignement purement technique, nous le revendiquons hautement et complètement. C'est à lui qu'est dû depuis 15 ans le succès de cette institution. Nous le garderons tel qu'il a été conçu, tout en continuant à le développer et à le perfectionner comme nous l'avons fait encore cette année.

Donc le corps enseignant et l'enseignement sont suffisants. Mais on soulève une autre question : Des établissements d'enseignement créés par des associations professionnelles soutenues par la corporation même offrent-ils des garanties suffisantes de durée pour que l'administration ait confiance en eux et consente à les charger d'un véritable service public ?

Quinze années de fonctionnement régulier et ininterrompu devraient être une réponse à cette question.

Nous pouvons y ajouter des exemples pris à l'étranger.

Nous avons pu constater, mes amis Dubois, Ronnet et moi, en Angleterre et en Amérique, que des Ecoles dentaires constituées d'une manière analogue aux nôtres, sans aucune ingérence de l'Etat, fonctionnent normalement depuis près de 50 ans.

Elles préparent à des examens qui sont subis, dans le premier de ces pays, devant le collège des chirurgiens et aux Etats-Unis sous le contrôle de l'Association nationale des examinateurs dentaires. Ainsi, depuis un demi-siècle, l'enseignement dentaire sous la direction exclusive des professionnels existe dans ces deux grands pays sans qu'il en coûte rien à l'Etat, suivant les principes dont on vient

d'essayer ici l'application, et, loin d'avoir périclité, les établissements qui en sont chargés ont prospéré et se sont multipliés de telle sorte qu'ils sont maintenant au nombre de 12 en Angleterre, de 54 aux États-Unis, avec 5.000 étudiants, suivant une récente statistique.

Déjà, du reste, les dentistes du Sud-Ouest, obéissant à l'invitation du Parlement, viennent de créer une Ecole dentaire à Bordeaux. Nous sommes heureux de voir la plus grande partie de son corps enseignant composé d'anciens diplômés de cette Ecole.

Nous saluons la naissance de la première Ecole dentaire provinciale et nous lui souhaitons le succès qu'ont obtenu ses sœurs aînées, les Ecoles parisiennes (*Applaudissements*).

Il me faut encore signaler une dernière objection : « Mais, a-t-on dit, si les Ecoles dentaires se créent si facilement, on ne tardera pas à voir naître un certain nombre de ces établissements dont les créateurs n'auront pas uniquemeut pour mobile l'amour de leur profession ; ils pourront, comme cela s'est vu en Amérique, par leur tolérance intéressée, jeter un discrédit sur les établissements libres et créer des embarras à l'administration. »

Ces craintes ne sont pas justifiées en France où l'administration est puissamment armée par les lois et aussi par le jury d'examen qui est sous sa dépendance.

Au premier congrès dentaire national qui s'est tenu à Bordeaux cette année, grâce à l'initiative de notre infatigable collègue et ami Dubois, et qui a été un véritable succès pour nos Ecoles et nos diplômés, il a été pris quelques résolutions qui ajoutent aux garanties que possède l'Etat et viennent mettre un obstacle de plus aux créations dont nous venons de parler.

Ainsi donc et pour me résumer, depuis que par la loi de 1892 l'Etat est intervenu dans nos affaires professionnelles, les circonstances l'ont amené à se servir des Ecoles libres pour la préparation aux examens nouvellement institués ; les premiers résultats de cet essai n'ont justifié aucune des craintes que l'on avait paru concevoir au début. Nous croyons avoir démontré qu'aucune des critiques qu'on pouvait encore opposer à l'adoption de cette solution n'est sérieuse. Aussi nous pensons que l'Etat voudra bien reconnaître que des hommes qui, depuis 15 ans, se sont dévoués sans autre intérêt que l'amour de leur profession, à l'enseignement de leurs futurs confrères, méritent quelque confiance et qu'il continuera à les laisser se dévouer encore à cette œuvre de progrès professionnel.

Et pour terminer, évoquant devant vous le témoignage de celui dont les dentistes français reconnaissants ont voulu garder au milieu d'eux l'image vénérée, comme un pieux souvenir, je vous dirai, comme le docteur Louis Thomas, il y a quinze ans, à la première séance d'ouverture des cours, à vous tous qui vous intéressez directement ou indirectement à cette institution : « Nous pouvons garder toute notre foi en l'avenir de notre chère Ecole. » (*Applaudissements répétés.*)

CONFÉRENCE DE M. LE Dr PINET

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Le Conseil d'administration de l'Ecole m'a désigné pour faire cette année la conférence habituelle. C'est pour moi un honneur dont je le remercie.

Mais ce n'est pas sans une certaine appréhension que je prends la parole. Beaucoup d'entre vous ont encore présentes à l'esprit les allocutions que mes collègues Isch-Wall, Sébileau et Grimbert prononcèrent ici, allocutions si intéressantes, si bien dites que je me sens tout troublé en occupant cette place si peu de temps après eux.

Chargé à cette Ecole de professer l'anesthésie, j'ai pris le sujet de cette conférence dans mon cours et je vous parlerai à grands traits, à vol d'oiseau, de l'histoire de l'anesthésie, de l'anesthésie à travers les âges. Ce titre est un larcin, et mon collègue Isch-Wall a trop d'esprit pour ne pas me le pardonner.

Qu'est-ce que l'anesthésie ? C'est la perte de la sensibilité.

Tout d'abord, il y a une distinction à faire. De même qu'il y a fagot et fagot, il y a anesthésie et anesthésie : l'anesthésie médicale, symptôme de différentes maladies, je ne vous en parlerai pas ; l'anesthésie chirurgicale, celle qui nous intéresse aujourd'hui, qui nous permet, entre autres choses, d'abolir la douleur au moyen de substances destinées à cet effet.

Parmi ces substances anesthésiantes ou agents anesthésiques, les unes agissent sur un point circonscrit du corps pour y déterminer l'insensibilité ; c'est l'anesthésie locale ; le froid, etc. C'est ainsi qu'à la bataille d'Eylau, Larrey, par un froid des plus vifs, a pu faire des amputations sans que l'opéré manifestât la moindre douleur. Les autres, par exemple, répandant leur action sur toutes les cellules qui composent le corps humain et principalement celles du système nerveux, déterminent la perte de la sensibilité de tout l'organisme : c'est l'anesthésie générale, obtenue par le chloroforme, l'éther, etc.

Si l'anesthésie, que j'appellerai scientifique, est d'origine récente, il n'en est pas moins vrai que de tout temps et dans tous les pays, ceux que préoccupait l'art de guérir se sont toujours appliqués à supprimer ou à atténuer l'élément douleur. Aussi l'histoire de l'anesthésie a-t-elle son origine dans les temps les plus anciens. Et si certain bailli, recevant son seigneur et maître, remontait dans un discours jusqu'à Alexandre le Grand faisant son entrée dans Babylone, moi je suis obligé de remonter plus loin encore.

Ainsi Hippocrate, le père de la médecine, enseignait à ses élèves qu'ils devaient toujours employer leurs soins à calmer la douleur.

Je dirai même que l'anesthésie remonte au temps d'Adam. En effet, dans la Genèse on lit que le Seigneur endormit Adam pour lui enlever la côte d'où sortit la plus charmante partie du genre humain (*Applandissements*). Adam ne sentit rien, bien entendu, d'après la Genèse. Voltaire n'a jamais pu s'expliquer cela.

Homère, qui, par parenthèse, nous décrit très bien la désinfection par l'acide sulfureux employée de nos jours, Homère, dis-je, dans l'*Odyssée*, nous cite une préparation de népenthès, qu'Hélène employa pour calmer les douleurs de Ménélas blessé. Avouez que si Hélène perdit Troie, elle ne perdit pas, du moins, son temps le jour où elle composa son breuvage. Puis c'est Pindare, dont les vers charmants nous montrent Machaon endormant les souffrances de Philoctète.

De même les Juifs donnaient un breuvage narcotique aux condamnés qu'ils allaient crucifier. Le Christ le refusa, voulant continuer jusqu'au bout sa Passion.

Tel aussi ce remède « de la colère et de la tristesse » que préparaient les femmes de Thèbes et qui, venu jusqu'à nous, est encore employé sous le nom d'extrait thébaïque.

Tel encore ce remède de la douleur, Ma-Go, cité dans un ouvrage chinois du IIIe siècle, remède qui rendait le patient aussi insensible que s'il eût été privé de vie. C'est le chanvre indien que les fakirs de l'Inde ont employé et emploient clandestinement pour permettre aux néophytes de supporter les cruelles épreuves auxquelles ils les soumettent.

Un essai très intéressant d'anesthésie locale est cité par Pline et Dioscoride.

Une certaine pierre de Memphis, délayée dans du vinaigre, était appliquée sur la région à insensibiliser, laissée en place un certain temps, puis retirée. Cette pierre de Memphis, qui était du marbre (carbonate de chaux), laissait dégager sous l'influence du vinaigre des bulles d'un gaz que nous savons être l'acide carbonique, gaz doué de propriétés anesthésiantes dans des limites très restreintes.

Cette tentative, disons-le maintenant, fut reprise par Demarquay et Broca, sous une forme plus scientifique, sans grand succès d'ailleurs.

Au moyen âge ce sont les mêmes procédés d'insensibilisation qui sont mis en œuvre. Il n'y a aucun progrès de fait. Et cependant Della Porta, à Naples, en 1588, indique la préparation d'une substance somnifère produisant le sommeil par *inhalation*. Cela aurait été assurément un très grand progrès, si à cette époque on eût su ou pu en tirer parti. Mais cette découverte, dont les résultats auraient pu être si féconds, demeura lettre morte.

Dans un autre ordre d'idées nous voyons l'anesthésie se produire sans le secours de breuvages.

C'est ainsi que les moines du mont Athos tombent dans un état extatique supprimant la sensibilité à la douleur par la contemplation opiniâtre d'un objet déterminé. C'est ainsi que les fakirs de l'Inde regardent avec fixité, pour obtenir ce résultat, un point bril-

lant de l'espace. Enfin le bruit rythmé d'un tambourin fait tomber les Aïssasouas de l'Algérie dans un état particulier qui les rend insensibles aux blessures comme aux brûlures.

Ces faits qui paraissaient surnaturels s'expliquent aujourd'hui, grâce aux admirables travaux de Charcot et de l'école de la Salpêtrière. Il s'agit là non pas de surnaturel, mais d'hypnotisme et de suggestion.

C'est l'anesthésie hypnotique, employée au siècle dernier par Mesmer, et, il n'y a pas bien longtemps, par Verneuil, Tillaux, par exemple. Mais cette sorte d'anesthésie n'est pas applicable à tout le monde ; elle n'est possible que sur des sujets spéciaux, prédisposés. Ce ne peut donc pas être une méthode générale d'anesthésie.

Ainsi jusqu'au siècle dernier l'insensibilisation était obtenue soit par hypnotisme, soit par l'emploi de substances narcotiques telles que l'opium, la morelle, la belladone (mandragore).

Les anciens ont donc connu les drogues stupéfiantes pouvant produire l'insensibilisation plus ou moins absolue. Shakspeare ne nous montre-t-il pas le moine Lorenzo plongeant Juliette, au moyen d'un breuvage narcotique, dans un sommeil si profond, si semblable à celui de la mort qu'un père s'y est trompé ? Ils n'ont pas connu les véritables anesthésiques Il y a loin de ces drogues à nos anesthésiques : le sommeil des unes est bien différent du sommeil des autres et il faut arriver bien plus tard pour produire, comme le définit si bien le professeur Dastre, ce sommeil si profond, si inerte, si passager qui constitue le sommeil anesthésique. Donc en 1795 un médecin, Beddos, utilisant les travaux des chimistes Lavoisier, Priestley, Cavendish, qui avaient isolé certains gaz, fonda à Clifton un Institut pneumatique destiné surtout aux affections des voies respiratoires.

Il prit comme préparateur un tout jeune homme, Humphry Davy, en 1798, qui découvrit bientôt un gaz nouveau, le protoxyde d'azote. Respiré par Davy et par bien d'autres personnes, ce gaz produisait sur l'organisme des effets merveilleux, une sensation de bien-être inexprimable, une gaieté bruyante, d'où le nom de gaz hilarant.

Davy, bien qu'il eût dit absolument que, entre autres propriétés, le protoxyde d'azote paraît doué de celle d'abolir la douleur, ne vit dans son gaz qu'un nouvel instrument de plaisir, il ne vit pas l'anesthésique, il ne vit que l'extériorité, passez-moi le mot, il ne vit que le geste.

Ces faits eurent un retentissement considérable en Suède, en Angleterre, en Allemagne ; à Genève, même succès.

En France, les résultats des inhalations du protoxyde furent pitoyables et nos grands chimistes, Vauquelin, Thénard, Orfila, dressèrent contre le gaz un réquisitoire tel que le protoxyde tomba dans l'oubli jusqu'en 1844.

En 1844, dans la ville de Hartford le Dr Colton donne le 10 décembre une séance de chimie. Un dentiste américain, H. Wells, dont l'Amérique a récemment fêté le cinquantenaire, y assiste.

Un spectateur, soumis à l'inhalation du protoxyde, tombe, se

meurtrit, sans qu'il manifeste la moindre douleur. Horace Wells eut alors un trait de génie : il vit la possibilité d'abolir la douleur par le protoxyde.

Le lendemain, devant témoins, soumis aux inhalations du gaz, il se fit extraire une dent, ne sentit rien, absolument rien.

L'anesthésie était découverte par un dentiste!

H. Wells propose sa méthode, il va à Boston, faisant principalement devant son excellent confrère et ami Morton (qui devait bientôt lui jouer un bien vilain tour) des tentatives d'anesthésie prolongée pour les grandes opérations. Il échoua.

Il ne vit pas que le protoxyde ne produisait qu'une anesthésie très passagère. L'ambition le perdit.

Il lutta encore vainement et finit par se suicider le 14 janvier 1848, abreuvé de dégoût, car, en effet, au lieu de chercher ailleurs, alors qu'il poursuivait une chimère, son excellent confrère et ami Morton, voyant que H. Wells s'enlizait de plus en plus, chercha avec le chimiste Jackson s'il n'y avait pas de par le monde une autre substance volatile qui, inhalée, pût déterminer une anesthésie prolongée.

En 1846, cet agent anesthésique était trouvé ; cet agent, dont la composition était tenue secrète, s'appelait le Lethon.

C'était tout simplement de l'éther, dont l'odeur était masquée par de l'essence de néroli. Bien que cette propriété de l'éther fût déjà connue, Morton, encore un dentiste, la divulgua à ce point que l'invention se répandit dans le monde entier.

L'anesthésie générale pour les grandes opérations était, cette fois, bien établie et ce procédé d'insensibilisation n'est plus sorti de la pratique chirurgicale.

A partir de ce moment l'anesthésie marche à grands pas, bien que Velpeau en ce moment même écrivît : « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère ». Quel démenti !

Le protoxyde d'azote, employé presque exclusivement par les dentistes américains et anglais, ne prit droit de cité que bien plus tard en France.

L'éther et le chloroforme, découverts en 1831 par Soubeyran, sont reconnus comme anesthésiques, en 1847, par Flourens et Simpson et sont actuellement employés pour les opérations devant durer un certain temps, comme le protoxyde d'azote et le bromure d'éthyle le sont pour les opérations de courte durée, en chirurgie dentaire.

Mais toute intervention de l'art dentaire ne nécessite pas l'anesthésie générale.

Il fallait une substance qui localisât l'anesthésie à la dent à extraire, par exemple.

Bien des agents aussi nombreux qu'infidèles, furent employés dans ce but, quand, en 1878, les D[rs] Fauvel et Coupard dans les affections de la gorge et du larynx, Coller, de Vienne, en 1884 dans les maladies des yeux, Terrier en France, employèrent comme anesthésiant local une substance tirée des feuilles de coca, la cocaïne.

Les feuilles de coca ont un pouvoir bien remarquable que con-

naissaient depuis longtemps les Indiens de l'Amérique du Sud où elles croissent le plus.

Ces feuilles, mâchées avec de la chaux ou des cendres alcalines, ont la propriété d'abolir la faim, la soif, la fatigue avec une sorte d'engourdissement de la langue et du pharynx.

C'est de ces feuilles qu'on a tiré la cocaïne dont la paternité a été vivement disputée.

En effet, elle ne manque pas de pères, cette cocaïne. Trois pères sont en présence.

Est-elle la fille de Niemann, celle de Percy, celle de Gordeck ?

Moi, qui suis d'un esprit conciliant, je ne vois pas pourquoi, s'inspirant du jugement de Salomon, on n'attribuerait pas à chacun la part qui lui revient.

Les dentistes virent bientôt tout le parti qu'on pouvait tirer de la cocaïne et l'appliquèrent à leur art.

C'est ainsi que Witzel, un dentiste allemand, l'employa le premier dans les opérations portant sur la bouche.

A cette école, les études sur la cocaïne furent poursuivies avec autant de méthode que de succès par Poinsot et Viau, dont les travaux n'ont pas peu contribué à la généralisation de cet agent thérapeutique.

C'est encore à cette école que, soit dit entre parenthèse, il y a peu de temps, M. d'Argent faisait de bien remarquables expériences sur un anesthésique local d'un autre ordre, le coryl, produisant l'anesthésie par réfrigération des tissus.

Il fut d'abord employé en Belgique par Davidson en 1893, M. d'Argent l'employa avec l'habileté que nous lui connaissons tous et le vulgarisa en France en 1893.

Un peu plus tard mon confrère Sauvez en faisait une étude importante dans la thèse inaugurale si remarquable qu'il passa à la Faculté de médecine.

C'est encore un progrès réalisé *par les dentistes*, car il est des cas où l'anesthésie localisée au moyen de la cocaïne est impossible, il peut y avoir danger à employer cette substance. Le coryl, lui, peut alors être utilisé : il ne présente que des contre-indications très restreintes, d'ordre purement local. Il peut servir aussi dans certaines opérations chirurgicales, comme l'ouverture d'un panaris par exemple.

L'usage de la cocaïne est maintenant chose courante dans les cabinets de dentistes d'où elle s'est étendue à la pratique chirurgicale sous l'influence des travaux d'Isch-Wall et de Reclus.

Voilà ce qu'ont fait les dentistes. Il suffit de citer les faits. En faire l'éloge, en faire ressortir toute l'importance serait une superfétation.

Cette cocaïne, employée localement en observant certaines règles, ne présente aucun danger.

Mais si cette anesthésie localisée est inoffensive, il n'en est pas de même de l'anesthésie générale.

Sous l'influence des anesthésiques généraux le sujet perd bientôt,

petit à petit, dans un ordre déterminé, ses fonctions d'ordre vital. La vie de relation s'éteint, la vie végétative seule subsiste. Il est pareil à la plante. Absolument anéanti, privé de mouvement et de toute sensibilité, l'être ne manifeste sa vie que par sa respiration et les battements de son cœur.

Une seule petite partie du système nerveux, le régulateur de la vie, échappe au naufrage, il suffit de bien peu de chose pour qu'elle tombe avec le reste.

Telle est, messieurs les dentistes, l'arme bienfaisante, mais terrible, qu'une loi récente a mise entre vos mains.

Le dentiste avant cette loi se trouvait occuper dans le monde médical une place trop éloignée. Il y avait là une inégalité. Il appartenait à la République de la faire disparaître comme elle l'a fait de tant d'autres.

Ayant été à la lutte, le dentiste doit être à l'honneur.

On a dit que cette loi élevait le niveau moral des dentistes. C'est une erreur. Il y a des choses qu'on n'élève pas ; elles s'élèvent toutes seules, il suffit de leur laisser prendre leur essor.

Grâce à cette loi qui exige des dentistes certaine garantie, le diplôme d'État, les choses sont maintenant mises au point et vous font prendre la place légitime qui vous revient à nos côtés dans les luttes que nous soutenons tous les jours, chacun dans notre sphère, pour le bien de l'humanité. (*Applaudissements*)

ALLOCUTION DE M. MESUREUR, MINISTRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

(Compte rendu analytique.)

Mesdames, Messieurs,

C'est un président improvisé qui vous parle et qui, à ce titre, a droit à toute votre indulgence. Je suis venu, en effet, excuser M. Bourgeois, qui aurait désiré vous apporter ses encouragements pour l'œuvre que vous avez entreprise et qui s'est développée si brillamment. M. Bourgeois, sans le hasard des événements politiques qui viennent de l'appeler à la tête du gouvernement de la République, serait certainement ici et nous ferait entendre une page de cette philosophie de l'éducation qui lui est si familière. Il m'a chargé de vous exprimer ses regrets de ne pouvoir le faire; je m'acquitte de cette tâche et je suis heureux de remplacer le Président du Conseil ; c'est un honneur très grand pour moi. (*Applaudissements.*)

Je ne reviendrai pas sur les éloges que le directeur de cette école m'a adressés avec trop de prodigalité. Je suis venu pour la première fois parmi vous, il y a plusieurs années, j'y suis revenu plusieurs fois : cela prouve simplement que je suis resté le même. C'est là le seul éloge que je puisse accepter. (*Applaudissements.*)

On peut dire que, pour votre institution, les mauvaises heures sont passées. Mais nous avons dû livrer des batailles, car l'Etat, ce grand accapareur, qui a déjà la main sur tant de choses, voulait encore la mettre sur votre enseignement. Heureusement vous avez prévenu à temps vos amis et nous avons pu obtenir de la Chambre qu'on ne remplaçât pas, par un enseignement officiel, ce que vous faites si bien et avec tant de dévouement. (*Applaudissements.*)

Le rôle de l'Etat est d'intervenir quand l'initiative privée fait défaut, quand il s'agit de pourvoir à une nécessité démontrée; mais lorsque les citoyens ont agi, il n'est pas besoin de son intervention. Ce devrait être, au contraire, une joie pour nous de voir que vous avez simplifié son action et que son intervention est superflue. L'Etat, toutefois, a un rôle à jouer à votre égard : il doit vous encourager, vous subventionner, vous protéger, et, pour ma part, vous pouvez être assurés que je resterai, dans cet ordre d'idées, votre défenseur, comme par le passé. (*Applaudissements.*)

Je me garderai bien de parler de votre art et de votre enseignement — je ne le pourrais faire avec compétence, — mais je peux dire que les principes qui vous ont animés et l'exemple que vous donnez méritent tous nos éloges. C'est la libre concurrence qui fait que les sociétés ne s'endorment pas. L'effort, l'activité, l'action, sont les agents de la liberté, et c'est par la liberté que nous voulons gouverner, c'est par le rayonnement de la libre initiative que nous voulons le développement social. Aussi, je ne crois pas que vous ayez à craindre de nouvelles tentatives d'absorption de la part de l'Etat. (*Applaudissements.*)

Un nouveau cabinet est à la tête des destinées du pays ; mais, de même que ces phares à feux changeants dont le foyer reste unique, quoique les couleurs qu'ils revêtent ne demeurent pas semblables, de même l'esprit républicain qui nous anime tous est un foyer qui ne changera jamais, malgré ses reflets variables. N'est-ce pas l'amour de la patrie et de la République qui nous guide ? N'est-ce pas la démocratie qui nous éclaire et nous conduit au triomphe? (*Applaudissements prolongés.*)

RAPPORT DE M. FRANCIS JEAN

Secrétaire général.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Après le brillant discours de notre Directeur, M. Godon, qui vous a exposé la situation générale de la profession et de l'Ecole, ma tâche se trouve simplifiée, sinon superflue.

L'Ecole dentaire de Paris compte à présent seize années d'existence dont chacune constitue une étape nouvelle. Des résultats

encourageants, des améliorations notables ont affirmé davantage sa réputation. Sa création s'imposait, son utilité est devenue évidente, et aujourd'hui elle est d'une nécessité absolue.

Notre programme scolaire, si on le compare à ceux des années précédentes, démontre bien que nous nous conformons rigoureusement aux multiples exigences de la profession et de l'administration, car, il ne faut pas l'oublier, l'Ecole dentaire est devenue, par la force des choses d'abord, légalement ensuite, l'institution préparatoire par excellence aux examens d'Etat.

En mainte circonstance nous avons émis le vœu que le cadre des matières sur lesquelles les candidats devaient être interrogés fût limité. A cet égard, rien n'a été modifié par le Ministère de l'Instruction publique et les choses sont restées au même point. Nous en concluons que l'Etat nous laisse le soin d'en établir le détail. Mais nous donnons beaucoup plus d'étendue à l'enseignement pratique qu'il n'en est demandé aux examens de la Faculté, et cela a toujours été notre caractéristique.

La théorie par la mémoire et la pratique par la dextérité sont deux modes d'apprendre qui se coordonnent par l'intelligence, mais il nous paraît *indispensable* que le côté pratique domine, afin que les élèves parviennent à posséder le tour de main sans lequel ils ne pourraient appliquer avec succès les connaissances acquises. Le chirurgien ne se crée une réputation d'habile praticien qu'au prix d'une longue expérience, c'est notoire. Les principes de cette expérience, on les acquiert dans notre institution. C'est pourquoi nous persistons dans le vœu exprimé sous forme de conclusion dans un rapport sur les deux premières sessions des examens de la Faculté que nous présentions au mois de juin dernier à notre Conseil d'Administration et qui fut approuvé par lui. Ce vœu tend à amender les conditions des examens officiels et à mettre exactement en lumière les candidats préparés par l'Ecole dentaire.

En effet, nous demandons :

1° En ce qui concerne les deux premiers examens :

a) Qu'ils soient subis à la fin de chaque année d'études comme cela a lieu pour les études médicales, au lieu d'être groupés à la fin de la scolarité ;

b) Qu'il soit publié un programme donnant une direction d'études à l'élève et à ceux qui enseignent ;

c) Que les examinateurs prennent connaissance des dossiers, qui seraient dressés sur un modèle uniforme et présentés par les établissements où les candidats ont fait leurs études.

2° En ce qui concerne le troisième examen ;

a) Qu'il soit remanié en sorte que les futurs chirurgiens-dentistes offrent au public de réelles garanties de compétence et d'habileté professionnelles ; que le diplôme institué par la loi de 1892 soit au moins l'équivalent de ceux qui s'obtiennent en Amérique, en Angleterre et en Allemagne ; qu'enfin l'étudiant dentiste français soit incité au travail, à l'étude pratique de la profession qu'il est appelé à exercer ;

b) Que ce troisième examen soit passé seul à la fin de la scolarité et divisé en plusieurs épreuves pratiques comprenant :

1° L'examen clinique ;

2° Plusieurs opérations de dentisterie opératoire ;

3° Une épreuve sérieuse de prothèse consistant dans la préparation de la bouche et l'exécution en loge de l'appareil indiqué.

Ce serait, en somme, un contrôle par la Faculté de la valeur des candidats.

La Faculté exige que ses diplômés soient surtout des théoriciens ; l'Ecole dentaire, elle, désire que ses élèves soient en plus des praticiens aussi habiles qu'instruits.

Pour cela, trois conditions primordiales s'imposent : la valeur et la régularité des cours et la discipline des étudiants. La bonne renommée de l'institution nous est précieuse ; aussi les inscriptions ne sont-elles délivrées qu'à bon escient ; quelques exemples pourraient être fournis à cet égard. C'est à cela que nous devons de compter, sur 101 candidats de toutes catégories à la deuxième session pour l'obtention du diplôme d'Etat, parmi lesquels 65 diplômés ou anciens élèves de notre Ecole, 58 candidats reçus, soit une proportion de 90 0/0. C'est là un brillant résultat, dont nous pouvons être fiers à bon droit.

La troisième session du mois de juillet dernier n'a pas eu moins de succès.

A ce propos, nous avons obtenu que les sessions de la Faculté seraient désormais au nombre de deux et coïncideraient avec la fin de nos études, la première en juillet, la seconde en novembre de chaque année.

Nous avons obtenu également pour les élèves de 2e et de 3e année en cours d'études de la scolarité de 1893-1894 que les inscriptions délivrées antérieurement à l'obtention du certificat d'études soient valables.

Il nous reste encore quelque chose à obtenir, bien plus difficile ; mais la difficulté ne nous rebute point : la dispense de deux années de service militaire pour nos diplômés, à l'exemple de ce qui a lieu pour d'autres écoles patronnées par le gouvernement (*Applaudissements*).

Si l'on compare notre programme d'études amélioré chaque année pour atteindre la perfection à celui d'autres établissements professionnels des plus renommés, on trouve qu'il ne leur cède en rien quant au niveau des études, aussi bien pour la quantité des cours que pour la variété des matières enseignées. Le service de l'enseignement, d'une durée de plus de huit mois, comprend, pour l'ensemble des différents cours pratiques, environ 47 heures par semaine soit 1632 heures par an.

Le service permanent des deux cliniques et du dispensaire exige 35 heures par semaine, soit 1825 heures par an.

L'enseignement et les services de la clinique sont assurés par un personnel très important, puisque le nombre des professeurs

s'élève à	18
celui des professeurs suppléants à	12
celui des chefs de clinique à	8
et celui des démonstrateurs et des préparateurs de cours à	22
Soit un total de	65

Le grand nombre des membres de notre corps enseignant rapproché de celui des élèves, 110 pour l'année scolaire 1894-1895, peut paraître hors de proportion avec celui-ci, tandis qu'il constitue au contraire une garantie pour l'étudiant. En effet, la tâche de chacun est simplifiée puisque le travail est particulièrement divisé ; de là une netteté de vues absolue. Les méthodes préconisées par l'Ecole, indiquées dans son programme, et suivies rigoureusement sont ainsi exposées avec des idées différemment originales qui favorisent la compréhension et l'assimilation des éléments scientifiques. Comprendre n'est-il pas indispensable pour savoir?

Ce personnel enseignant est, d'ailleurs, composé presque entièrement de professionnels, dont le plus grand nombre, retenus par la pratique individuelle, ne peuvent quitter leur cabinet que quelques heures par semaine, à tour de rôle, pour se consacrer à l'instruction de leurs jeunes confrères.

Relativement au temps réservé à un enseignement si complexe, les dépenses sont plutôt minimes, puisqu'un budget annuel de cinquante mille francs y suffit, — avec peine, il est vrai. Mais notre Société n'étant pas une entreprise à bénéfices, pourvu que nos frais soient couverts, nous n'avons pas d'autre souci. Néanmoins les besoins du dispensaire qui nous obligent à organiser une deuxième clinique, le nombre croissant des malades et des élèves, qui nous ont imposé la création de deux postes d'assistants internes pour suppléer à l'insuffisance du service des élèves, notamment pendant les vacances, tout cela constitue autant de causes de dépenses nouvelles. En outre la présence d'un surveillant général pour assurer l'exécution des différents services et enfin d'autres frais accessoires peuvent nous faire craindre un déficit ; aussi avons-nous sollicité du ministère de l'intérieur une subvention qui viendrait opportunément s'ajouter à celles — bien modestes — qui nous sont allouées par le Conseil municipal et par le Conseil général.

Et précisément cette situation financière ne plaide-t-elle pas en faveur de l'enseignement professionnel libre établi sur des bases démocratiques ? En haut lieu, tout cela a été sagement apprécié, car de précieux appuis d'ordres divers ne nous ont jamais fait défaut. Des encouragements plus nombreux nous viendront encore par la suite, nous sommes en droit de l'espérer, mais à condition que notre programme conserve son intégralité.

Dans notre règlement des études, une réforme favorable touchant la dissection a été introduite en première ligne. Les principaux cours de dissection pratique ont été faits, cette année, à l'amphithéâtre de Clamart, sous la savante direction de MM. Faure et Arron, que nous sommes heureux de remercier publiquement du

dévouement avec lequel ils ont guidé nos élèves dans cette science éminemment utile (*Applaudissements*).

L'année qui commence verra encore, grâce à la chaleureuse intervention de M. Worms, membre du Conseil de surveillance de l'assistance publique, et à la bienveillance de M. le professeur Quénu, cet enseignement pratique, donné à Clamart. Les motifs d'une telle organisation, établie d'accord avec l'administration de l'Ecole odontologique, sont évidents : une école dentaire ne peut avoir de cadavres à sa disposition. La Faculté de Médecine elle-même n'en a pas en quantité suffisante, et elle est, tout comme nous, obligée de s'adresser à l'administration de l'Assistance publique. Cette partie du programme est donc assurée d'une façon irréprochable, et de la sorte nos élèves en recueilleront tout le profit qu'on peut en attendre.

Le cours de bactériologie et d'histologie a été réorganisé conformément au décret du 31 décembre 1894, suivant les précieuses indications de M. Grimbert, professeur de ce cours. Les travaux pratiques, des plus intéressants, sont régulièrement surveillés par ses préparateurs, MM. Choquet et Joseph Mendel.

Une innovation a été introduite aussi pendant l'année scolaire 1894-95 afin de permettre aux jeunes gens désireux d'obtenir le diplôme d'Etat de recevoir à l'Ecole des inscriptions valables : des cours préparatoires au certificat d'études exigé des étudiants dentistes ont été institués à partir de janvier. Malgré le laps de temps relativement court qui nous séparait de l'examen, d'excellents résultats ont été obtenus, grâce à la compétence et au zèle des professeurs qui en étaient chargés. Cette tentative heureuse nous a encouragés à organiser de nouveaux cours semblables pour l'examen de juillet 1896.

La complication des études, jointe au temps nécessaire pour en récolter le fruit, a pu faire craindre un moment dans la corporation l'éventualité, non de la disparition du mécanicien-dentiste, mais l'amoindrissement de sa valeur artistique. Notre Conseil d'administration s'est préoccupé de cette question, et, dans le but de conjurer ce danger, il a institué des examens annuels et un certificat pour les élèves mécaniciens-dentistes au terme de leur stage.

L'autonomie de notre administration nous vaut encore d'avoir pu créer des cours complémentaires pour les praticiens désireux de se rendre compte des progrès de l'Ecole, et, au besoin, de se perfectionner dans la pratique de l'art dentaire. Ces étudiants libres ne peuvent prétendre à notre diplôme, mais ils pourront se pénétrer des besoins de tout praticien consciencieux qui désire apporter la perfection possible dans les soins que demande la clientèle.

Une modification a été introduite dans le service de clinique : il aura lieu dorénavant dans deux salles en même temps, ce qui permettra aux chefs de service de s'étendre plus longuement sur les cas les plus intéressants qui se présentent chaque matin à l'Ecole. D'autre part, en évitant une attente trop longue, nous encouragerons la fréquentation du dispensaire par les malades, qui, pour la plupart, sont des indigents dont le temps est, par conséquent, précieux.

Notre dispensaire, constamment ouvert le matin à tous les malades, auxquels sont donnés des soins méthodiques, est, en effet, la pépinière des cas qui, sous la direction des professeurs, servent aux études des élèves. En consultant la statistique des opérations qui y sont faites, on voit dans le courant de l'année les proportions suivantes :

Extractions	4.068
Nettoyages	795
Pansements et traitements divers	11.923
Aurifications et obturations diverses	3.719
Total des opérations	20.505

(*Applaudissements.*)

Pour produire une telle somme de travail, il faut un grand nombre de patients, et il atteint, en effet, environ 80 par jour. Ce chiffre tend à augmenter, grâce au dédoublement du service de clinique. Cela affirme au premier chef le caractère philanthropique de notre institution, qui, fidèle au principe de gratuité absolue des opérations, ne reçoit, depuis sa fondation, aucune rétribution des malades. (*Applaudissements.*) Elle dédaigne les bénéfices qu'on pourrait en tirer et qui constituent un abus de la part de certaines cliniques qui ont pour principale attraction ce trompe-l'œil, la gratuité. A l'Ecole et au Dispensaire dentaires de Paris, temps, soins, médicaments, fournitures diverses, tout est donné sans parcimonie aux malades pour instruire les étudiants.

C'est dans le même ordre d'idées que nous prêtons *gratuitement* nos locaux pour les cours de l'Ecole d'ambulanciers et d'ambulancières, organisés par M. Albin Rousselet, dont l'inauguration a eu lieu sous la présidence de M. Strauss. (*Applaudissements.*)

Ces sacrifices ne sont possibles, il faut bien le dire, que grâce aux ressources de notre Société par les cotisations et les dons volontaires que lui prodiguent généreusement plus de 400 membres. Toutefois, ces ressources, si considérables soient-elles, seraient insuffisantes sans le zèle des membres du corps enseignant, qui ne marchandent ni leur temps ni leur peine. A ce titre, notre personnel enseignant a droit à tous nos éloges.

Ce personnel, qui possède les qualités requises et le dévouement désirable pour contribuer au succès de l'Ecole, s'est vu renforcer d'une recrue, un confrère jeune, quoique ancien pour nous, le Docteur Roy, appelé au poste de professeur suppléant de thérapeutique spéciale, à la suite d'un concours où il mérita les félicitations de notre Conseil d'administration. (*Applaudissements.*) Le Conseil a dû les lui adresser de nouveau lors de sa nomination comme dentiste des hôpitaux.

Un de nos plus anciens professeurs, le Dr Aubeau, qui fut, avec le regretté Dr Thomas, l'un de nos premiers collaborateurs, a été, en récompense de ses longs et loyaux services, nommé professeur honoraire.

L'usage nous procure la vive satisfaction de remercier publi-

quement cette année deux de nos anciens collègues, toujours dévoués à notre institution. Leurs états de service datent de plus de dix ans. Le Conseil d'administration a décerné une médaille d'or à M. Blocman, professeur (*Applaudissements*), et une médaille d'argent à M. de Lemos, démonstrateur. Vous estimerez comme nous que ces récompenses sont bien méritées et qu'on ne pouvait faire un meilleur choix.

Nos professeurs ne se bornent pas à faire travailler les élèves, ils travaillent eux-mêmes et viennent apporter à la Société d'Odontologie les résultats de leur expérience personnelle dans des communications qui sont discutées scientifiquement. Cette Société se réunit une fois chaque mois et on peut dire qu'elle met en pratique le principe de la mutualité scientifique.

C'est elle qui a pris, cette année, l'initiative d'une grande réunion professionnelle avec l'appui de l'Ecole et de l'Association générale : je veux dire le Congrès dentaire national de Bordeaux, qui a tenu ses assises au mois d'août. Cette création, tentée sur la proposition de M. Dubois, a donné un résultat qui a dépassé toutes nos espérances. Nous avons été heureux d'y rencontrer en forte proportion d'anciens diplômés de notre Ecole. D'intéressantes questions y ont été examinées et ont fait l'objet de solutions profitables à la profession tout entière.

L'organisation de l'enseignement dentaire en province, dont M. Dubois était le rapporteur consciencieux, lui devra un pas en avant.

La pratique professionnelle y a été dignement représentée par M. Martinier, qui a su mettre au point la question importante de l'orthodontie telle qu'elle est comprise actuellement.

Un des nôtres, M. Choquet, démonstrateur, s'y est révélé publiquement par ses aptitudes spéciales en traitant un point de bactériologie de la plus haute importance, ce qui lui a valu la récompense unique et bien méritée de ce Congrès. (*Applaudissements.*)

Combien d'autres communications non moins intéressantes ne devrais-je pas mentionner si c'était ici le lieu et le moment de le faire, et surtout si j'avais qualité pour cela! Je me bornerai à dire que la bonne confraternité des dentistes de Bordeaux, jointe à nos efforts réciproques, a su assurer ce premier succès, qui sera suivi d'autres dans les régions différentes de notre pays où chaque année un Congrès dentaire national aura lieu désormais.

Parmi les excellents souvenirs que nous avons rapportés de Bordeaux, il en est un que nous devons à l'Exposition internationale à laquelle nous avons pris part dans la section d'enseignement. *Nous y avons obtenu un diplôme d'honneur.*

Cet ensemble de faits témoigne une activité qui fait rejeter bien loin de nous tout reproche d'inertie. Une telle vitalité professionnelle est vraiment admirable, et l'on peut dire, sans exagération que l'art dentaire français marche actuellement à pas de géant.

N'est-ce pas un succès aussi pour l'Ecole que ces flatteuses distinctions accordées à deux de nos collègues, des plus sympathiques,

M. Lemerle et M. le Dr Isch-Wall, qui ont été nommés Officiers d'Académie ! (*Applaudissements.*)

Deux des membres de la Société : MM. Quincerot et Levadour, se sont vu également conférer, le premier, la rosette d'officier de l'Instruction publique, le second, le ruban d'officier d'Académie.

Et cette haute récompense décernée à l'un des nôtres qui fut ici non seulement l'ouvrier de la première heure, mais qui n'a jamais cessé depuis de nous aider de ses conseils, de son appui et de sa générosité sans bornes, n'est-elle pas un témoignage dont nous puissions nous enorgueillir à juste titre ? La croix de la Légion d'honneur accordée au mois de juillet dernier à notre vénéré Président honoraire, M. Lecaudey, est venue à son heure reconnaître et consacrer la légitime réputation de notre doyen. (*Applaudissements.*) Cette marque d'estime donnée par le gouvernement est pour nous une précieuse satisfaction ; elle témoigne une fois de plus que l'homme de bien reçoit tôt ou tard sa récompense. Nous accueillons ce témoignage public de mérite avec toute la gratitude dont nos cœurs sont capables et nous y ajoutons nos remercîments pour l'homme qui nous a donné tant de preuves de son attachement. (*Applaudissements.*)

A côté des vivants, il ne faut pas perdre le souvenir des morts, auxquels nous devons au moins des regrets, sinon de la reconnaissance. Dans l'année qui s'écoule, nous avons perdu le professeur Verneuil, l'ancien président de notre troisième séance de réouverture des cours en 1883. A cette époque, quand nous n'en étions encore qu'à nos débuts, un patronage de cette nature avait une importance capitale ; il a porté ses fruits, c'est pour cela que nous devons un juste tribut d'hommages à cette intelligence supérieure qui a jeté un si vif éclat sur la chirurgie française. (*Applaudissements.*)

Parmi les membres de notre Société, nous avons eu quelques décès à déplorer : M. Morda, qui en avait été l'un des membres fondateurs et avait ainsi coopéré à l'œuvre de relèvement professionnel que nous avons entreprise ; M. Gustave Audy, de Compiègne, un des premiers souscripteurs de l'Ecole, ancien membre du Conseil de direction de l'Association générale ; M. Hénon père, membre bienfaiteur de l'Ecole à sa création. Enfin, parmi les élèves, nous avons aussi à enregistrer un décès, celui de M. G. Séjour, jeune médecin en chef d'un hôpital militaire à Haïti, venu en France pour étudier la dentisterie.

J'en ai dit plus qu'il ne fallait pour montrer que l'Ecole travaille et affirmer qu'elle saura se maintenir dans la voie du progrès. Notre institution a grandi ; elle est aujourd'hui aussi viable que l'art dentaire français lui-même, auquel ses destinées sont intimement liées. (*Applaudissements répétés.*)

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

M. GODON *prononce les paroles suivantes :*

Avant de donner la parole à M. Martinier, notre sympathique président de la commission scolaire, pour la lecture du palmarès, permettez-moi, au nom du Conseil d'administration de remplir une tâche bien douce et bien agréable.

Dans le rapport que vous venez d'entendre, on vous a dit que le gouvernement, cédant enfin aux pressantes sollicitations de toute notre Société, avait nommé notre vénéré doyen, M. E. Lecaudey, chevalier de la Légion d'honneur.

Nous n'avons pas voulu laisser passer cette distinction, si justement accordée au premier président directeur de cette école, au doyen dont nous fêtions il y a deux ans le cinquantenaire professionnel en présence de MM. Mesureur, Brisson, Chautemps, Berry et de la majorité du corps professionnel, sans manifester publiquement notre sentiment d'approbation pour la décision du gouvernement. (*Applaudissements.*)

Mais nous avons épuisé pour mon ami Lecaudey toutes les formes de la reconnaissance ; il ne nous reste plus, comme aux anciens généraux à qui l'on accorde comme suprême hommage la médaille militaire du simple soldat, qu'à lui offrir une modeste médaille de bronze dont l'inscription lui rappellera que toute l'Ecole dentaire de Paris était de cœur dans la distinction qui lui a été accordée par le gouvernement. (*Applaudissements prolongés.*)

Après le doyen de nos directeurs, il est d'usage aussi que chaque année, en la personne de deux des membres de ce corps enseignant si dévoué et qui fait toute la force et tout le succès de cette école, le Conseil d'administration exprime la reconnaissance qu'il éprouve pour les services qu'il rend à l'institution.

Je suis sûr d'être aussi en cela l'interprète de tous les élèves.

Les deux membres du corps enseignant qui ont été désignés cette année sont, comme vous l'a dit tout à l'heure M. Francis Jean, l'un un professeur, l'autre un démonstrateur.

Le professeur G. Blocman sert cette institution depuis 13 ans avec le dévouement et le désintéressement les plus complets.

Voici ses titres : médecin de la Faculté de Paris (1880) ; diplômé et lauréat de l'Ecole dentaire, médaille d'argent (1882) ; chef de clinique (novembre 1882) ; professeur suppléant des cours d'anatomie dentaire et de pathologie spéciale (1883 à 1888) ; professeur titulaire du cours d'anatomie spéciale (octobre 1888) ; professeur de clinique (1888) ; membre de la Société et de l'Association ; membre du Conseil d'administration (1882 à 1891) ; secrétaire général de la Société d'Odontologie (1885 à 1889) ; vice-président de la Société d'Odontologie (1889 et 1890) ; membre de la commission d'organisation du congrès de 1889 ; rapporteur des travaux du congrès (1re section, 1889) ; membre du comité de rédaction du journal l'*Odontologie.*

Le Conseil d'administration, reconnaissant des longs services rendus à l'institution par M. le professeur Georges Blocman, lui décerne une médaille d'or. (*Applaudissements.*)

Le démonstrateur est M. Lucien de Lemos.

M. Lucien de Lemos a été diplômé de cette école la première année, en 1881.

Entré en fonction l'année suivante en qualité de démonstrateur et de membre du Conseil d'administration, il n'a cessé depuis de servir l'Ecole avec zèle et dévouement pendant ces quatorze années; aussi le Conseil d'administration, reconnaissant des longs services rendus à l'institution par M. le démonstrateur Lucien de Lemos, lui a accordé une médaille d'argent. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. LECAUDEY

Vous me voyez bien ému, Messieurs, et bien sensible à cette nouvelle et précieuse marque de votre sympathie.

Permettez-moi de vous en remercier du fond du cœur. La croix qui m'a été accordée récompense, avant tout, un de ceux qui contribuèrent à fonder cette école, le premier à qui vos voix en confièrent la direction.

L'honneur que j'ai reçu s'adresse en même temps à vous, messieurs, et à notre institution ; j'entends que vous en preniez votre large part.

Je saisis cette occasion de vous remercier de l'amitié que vous n'avez cessé de me porter ; soyez assurés de la mienne, tout entière et toute dévouée. (*Applaudissements.*)

PALMARÈS

Année scolaire 1894-1895.

LAURÉATS

Les étudiants lauréats ayant obtenu aux examens de fin 3e année (session juillet) le nombre de points fixé par le réglement, il leur est accordé les récompenses suivantes.

Il est décerné :

1° Une médaille de vermeil, offerte par l'Ecole ;

2° Un prix d'honneur, offert par le Ministre de l'Instruction publique ;

3° Un tour, offert par la maison White de Philadelphie,

A M. Bruno Louis, qui a obtenu 118 points 1/4.

1° Une médaille d'argent, offerte par l'Ecole ;

2° Une médaille de vermeil, offerte par M. le Ministre du Commerce ;

3° Un tour d'atelier, offert par la maison Wirth de Paris,

A M. Gross Georges, qui a obtenu 117 points 3/4.

1° Une médaille de bronze offerte par l'Ecole ;
2° Une médaille d'argent, offerte par M. Ferry, maire du IXe arrondissement,
A M. Mussatti Ettore, qui a obtenu 116 points.

Prix d'excellence.

Aux étudiants sortis premiers dans leurs années respectives il est accordé un prix spécial :
1re année : Prix Berthaux de Soissons, M. Calame.
2e année : Prix Em. Lecaudey, M. Huguenet.

Prix de Clinique.

Les étudiants dont les noms suivent ont obtenu le prix de clinique attribué aux élèves ayant pratiqué pendant l'année scolaire le plus grand nombre de bonnes opérations :
1re année : Prix Berthaux de Soissons, M. Calame.
2e année : Prix du Préfet de la Seine, M. Décolland.
3e année : Prix du Conseil municipal de la Seine, M. Bruno.

Prix de Travaux pratiques.

Un prix spécial est accordé aux élèves sortis premiers aux épreuves pratiques de l'examen de fin d'année (Session juillet).
1re année : Prix Cornelsen à M. Calame.
2e année : Prix Simon à M. Décolland.
3e année : Prix Mamelzer à M. Bruno.
4e année : Prix Ash à M. Cludius.

Mentions honorables.

Aux étudiants ayant obtenu à la session de juillet un minimum de 100 points il est décerné une mention honorable :

M.	Cludius, Charles	114 1/2
Mlle	Maurel, Marthe	107 3/4
MM.	Vichot, Lucien	104
	Joly, Louis	103 3/4

Examen de fin de troisième année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen général et obtenu le diplôme de l'École dentaire de Paris.

Session de juillet.

Maximum des points : 126. Minimum : 73.

MM.	Bruno, Louis	118 1/4
	Gross, Georges	117 3/4
	Mussatti, Ettore	116
	Cludius, Charles	114 1/2
Mlle	Maurel, Marthe	107 3/4
MM.	Vichot, Lucien	104
	Joly, Louis	103 3/4
MM.	Marziani, Tito	96 3/4
	Weber, Charles	96
	Wilbert, Léonce	94 3/4
	Schiess, Guillaume	92 1/2
	Scribot, André	91
	Quillet, Désiré	83 1/4
	Vergel de Dios, Anto.	83 1/4

MM.	Poicteau, Joseph....	80
	Boëjat, Emile......	77 3/4

Session d'octobre.

	Hugot, Théodore...	99 1/4
	Tzanck, Daniel.....	95 1/4
MM.	Brull, Jules.........	90 1/2
	Staviski, Emmanuel.	89
	Gangloff, Léon......	81
	Guex, Louis........	78 3/4
	Païla, Constantin...	76 3/4
	Troy, Eugène.......	75 1/4

Examen de fin de 2e année.

Etudiants ayant subi avec l'examen de fin de deuxième année, admis à suivre les cours de troisième année.

Session de juillet.

Maximum des points : 72. Minimum : 42.

MM.	Huguenet, Victor...	64
	Kintgen, François...	62
	Ash, John..........	61
	Décolland, Eugène..	60 1/2
	Papazian, Haroutiun.	59 1/2
	Duvignau, Maurice..	57 1/2
	Baudelot, Jean.....	56 1/4
	Valderrama, Antonio	56
Mme	Salomon, Alice.....	55 3/4
MM.	Thumas, Edouard...	54 3/4
	Sauvigny, Paul.....	53 1/2
	Aslan, Vincent.....	53
	Mariez, Henri.......	53
	Gauthé, Georges....	52 1/2
	Giret, Adolphe.....	51 1/2
Mme	Faurou, Lucy......	50 1/2
MM.	Duplan, Gaston....	50 1/4
	Fortier, Emile......	48 1/2
Mme	Goudemant, Jeanne.	48
MM.	Bonnecarrère, Jos..	46
	Poudensan, Joseph.	44

Session d'octobre.

MM.	Lemaire, Hector....	56 1/2
	Jouanin, Louis.....	46 3/4
	Lévy, Georges......	44 1/4

Examen de fin de 1re année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de 1re année, admis à suivre les cours de deuxième année.

Session de juillet.

Maximum des points : 48. Minimum : 28.

MM.	Calame, Jules......	45
	Viers, Gaston......	43 1/2
	Robach, Louis......	39 1/2
	Mussat, Camille....	37
	Cahen, Jules.......	36
	Vincent, Georges...	36
	Baumgarden, Char.	36
	Ribard, Jules......	36
	Huron, Paul.......	35 1/2
	Pellet, Alfred......	33 1/2
Mme	Gelbestein, Sophie..	32 1/2
MM.	Brodeur, Lactance..	31 1/2
	Fort, Joseph.......	31 1/2

Session d'octobre.

MM.	Baudet, Georges....	34 1/2
	Oustric, Marius.....	33 1/2
Mlle	Bouret, Jeanne	33
MM.	Tenet, Henri.......	32
	Bineau, Henri......	30 3/4
	Bouzique, Eugène...	30 3/4
Mme	Bicault, Antoinette..	30
MM.	Crapez, Auguste....	30
	Logan, Kenneth....	30
	Lannois, Louis.....	28 1/4
	Buscail, Henri......	28
	Schoull, Marie......	28

TRAVAUX ORIGINAUX

APPAREILS A BOURRELET CREUX

Par M. Francis JEAN,

Vice-président du Congrès dentaire national de 1895.

(*Communication au Congrès de Bordeaux.*)

En prothèse dentaire, nombreux sont les cas qui offrent d'assez sérieuses difficultés, et dans ceux-ci nous placerons, en première ligne, les appareils complets destinés au maxillaire inférieur.

Généralement l'appareil simple rend de précieux services, mais il arrive aussi parfois qu'on se trouve aux prises avec l'intolérance des patients, qui est telle que certains d'entre eux finissent par renoncer à faire usage de leur appareil

Nos recherches, dans le but de remédier à cet état de choses, ayant donné de bons résultats, nous allons vous communiquer ce que notre expérience personnelle nous a conduit à imaginer.

Pour qu'un appareil puisse effectuer la fonction de mastication qui lui est dévolue, il faut réunir certaines conditions qui sont : la prise d'une empreinte parfaite, puis celle des rapports exacts, et enfin une adaptation précise.

Mais, ces trois conditions remplies, il pourra se faire que les patients ne puissent supporter leur appareil, quelque bien conditionné qu'il soit, par suite de blessures variables et quelquefois multiples qu'il occasionnera à leur muqueuse, ces blessures étant produites à la moindre pression de l'appareil, à cause du peu d'épaisseur de la muqueuse qui, comme j'ai eu souvent à le constater chez les vieillards, recouvre un maxillaire dont la partie supérieure est garnie de crêtes plus ou moins saillantes qui la perforent facilement.

Les retouches rendent bien service en apaisant passagèrement la douleur, mais bientôt d'autres plaies se produisent en d'autres endroits, obligeant à de nouvelles retouches qui, en fin de compte, arrivent à déformer l'appareil à un tel point qu'il ne paraît plus avoir été fait pour la bouche à laquelle il est destiné, et l'instabilité qui en résulte fait que le plus souvent son propriétaire se décourage et ne veut plus s'en servir.

On a bien essayé, pour obvier à ces inconvénients majeurs, l'emploi du caoutchouc mou comme base de l'appareil, mais, pour notre part, nous avons trouvé ce système absolument insuffisant, à cause de la dureté encore trop considérable de cette matière, et les résultats peu satisfaisants que nous avons obtenus avec ce procédé nous obligent à chercher autre chose.

Le problème à résoudre étant de donner à notre appareil une flexibilité rationnelle, nous eûmes l'idée, après maints tâtonnements et nombre d'essais infructueux, de garnir les bords de notre dentier d'un tuyau de caoutchouc. Nous tenions enfin la solution, car

nous fûmes bientôt à même de constater l'excellence de notre procédé que l'observation suivante va vous prouver :

Au mois de mai dernier, M. X..., âgé de 77 ans, vient nous consulter. Nous examinons sa bouche et constatons que le maxillaire supérieur ne possède plus que les deux incisives centrales et une canine ; quant au maxillaire inférieur, il est absolument dépourvu de dents et présente deux saillies antéro-externes ; nous remarquons également que la muqueuse est mince et anémiée. Notre patient nous demande l'application d'un appareil supérieur de 9 dents, mais ne veut à aucun prix d'un appareil inférieur, alléguant qu'il en a déjà essayé plusieurs, sans avoir pu s'y habituer. Nous insistons pour le faire revenir sur sa décision, en émettant l'hypothèse que les échecs précédents étaient très probablement attribuables à un travail imparfait. Bref, notre patient consent à faire un nouvel essai.

Les appareils bien conditionnés, sans ressort, sont placés quelques jours plus tard, et après un essai de 48 heures, M. X. vient nous faire constater le résultat. L'appareil supérieur rend les services attendus ; l'appareil inférieur, au contraire, décourage à nouveau notre patient, à cause des blessures qu'il occasionne ; nous retouchons notre appareil et engageons notre patient à persévérer en lui faisant espérer le succès final.

Dans l'espace de trois semaines, nous recevons de fréquentes visites de notre patient qui nous renouvelle les mêmes plaintes ; toutefois, en dernier lieu, nous ne remarquons plus de blessures vives, mais seulement une sensibilité très grande sur des points divers.

La persévérance de M. X. nous encourage, et nous lui confectionnons alors un autre appareil avec base de caoutchouc mou.

Dans le même espace de temps à peu près que précédemment, ce deuxième appareil occasionne les mêmes inconvénients que le premier — retouches successives — pas d'amélioration notable. C'est alors que l'idée nous vient d'employer le tuyau de caoutchouc pour constituer les bords de la base de notre appareil, et voici comment nous procédons.

Nous traçons sur une nouvelle empreinte prise avec le plâtre le contour de l'appareil primitif (ceci est indispensable pour ménager les insertions musculaires des buccinateurs) et nous établissons ainsi d'une façon bien précise les limites de notre appareil.

Le tracé étant bien indiqué sur le plâtre, nous ajustons dessus un fil de zinc, et, cela fait, nous introduisons ce fil dans un tuyau de caoutchouc de 3 m/m environ, et l'immobilisons ainsi.

Les contours de notre base étant établis, nous la complétons à la cire, et la vulcanisons. Ensuite nous ajustons et articulons les dents que nous fixons à la cire ; puis, la pièce terminée et vulcanisée, nous la polissons, en ayant soin de laisser apparaître le fil de zinc que nous faisons dissoudre finalement, en laissant séjourner quelque temps notre appareil dans un bain d'acide sulfurique étendu d'eau au 10°. Le zinc dissous, nous vérifions notre appareil à nouveau, et le livrons à notre patient, qui depuis s'en trouve à merveille.

Pour conclure, lorsque nous éprouverons les difficultés que nous venons d'exposer, notre système est appelé à rendre des services ; mais étant donné que les difficultés en question ne se reconnaissent sûrement qu'après essai de l'appareil classique, on ne peut se dispenser d'établir d'abord ce dernier, d'autant que les retouches nécessaires permettent alors de limiter exactement l'étendue de l'appareil définitif, ce qui ne pourrait se faire avec celui-ci, à cause du creux qui sillonne les bords de la base.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'IMPLANTATION

CONSOLIDATION DE QUATRE DENTS IMPLANTÉES

Par M. Oscar Amoedo,
Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

Il y a environ deux ans, Mlle P. s'aperçut que ses deux incisives droites supérieures s'allongeaient et la faisaient souffrir. Cependant elles n'étaient pas cariées.

Elle alla voir un dentiste qui fit l'extraction de l'incisive centrale, et constata, dit-elle, un abcès au bout de la racine.

Il lui fit alors un petit appareil en caoutchouc avec une fausse dent. Fig. III D.

Il y a quelques mois, elle s'aperçut, à son grand étonnement, que sa fausse dent s'allongeait aussi. Puis elle vit apparaître une dent à la place de celle qu'on lui avait extraite. Fig. I et II.

Depuis cette époque, naturellement, elle ne put remettre son appareil. Lorsqu'elle est venue me consulter, voici dans quel état j'ai trouvé sa dentition :

Du côté gauche, la première petite molaire a perdu sa couronne depuis trois ans. On aperçoit ses racines au fond de la gencive. Fig. I.

Du côté droit, il existe encore la canine de lait, l'incisive latérale est très déchaussée, son bord libre a été beaucoup usé par le dentiste qui avait traité la malade avant moi.

La pression sur la gencive faisait suinter du pus par le collet de cette dent. Dans la fig. III, A représente l'incisive latérale ; B la canine de lait ; C les deux racines. A la place de son incisive centrale, était venue évoluer sa canine permanente.

Le 6 janvier, je commençai par extraire les deux racines de la petite molaire, et, après avoir agrandi l'alvéole, j'y implantai une petite molaire, extraite trois jours auparavant à un enfant en vue d'un redressement. Le 27 janvier, devant une trentaine de confrères, qui sont venus m'honorer de leur assistance, j'ai fait l'extraction de la canine permanente, l'incisive latérale, et la canine de lait.

J'agrandis l'alvéole de la canine de lait, et j'implantai à sa vraie place la canine permanente, après avoir enlevé la pulpe dentaire et rempli son canal. J'élargis également l'alvéole de l'incisive latérale, et y implantai une incisive latérale avec racine décalcifiée.

L'alvéole laissé par la canine permanente avait une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. J'ai fait cet alvéole

vertical et j'y ai implanté une incisive centrale avec racine décalcifiée.

Ces deux dents appartenaient à une malade atteinte de pyorrhée alvéolaire. Une ligature en fil de platine a tenu solidement ces dents en place, pendant que le travail de la soudure s'opérait entre elles et l'os. Fig. III.

Pendant l'opération, j'ai fait un nombre considérable d'injections de cocaïne, grâce auxquelles la malade n'a pas souffert, pendant la trépanation des alvéoles.

Les suites ont été des plus favorables. La malade est allée le lendemain à son travail habituel. Elle n'a pas eu de souffrance ni d'inflammation, preuve évidente que l'opération avait été faite avec une asepsie rigoureuse.

Il m'a fallu de temps en temps resserrer les ligatures, et au bout de trois mois je les ai définitivement enlevées.

La fig. IV représente les dents telles qu'elles sont maintenant.

Cette malade a été présentée aux sociétés dentaires suivantes :

Société Odontologique de France, séance du 5 mars 1895.
(*Revue Odontologique*, mars 1895, page 98)

Société d'Odontologie de Paris, séance du 11 juin 1895.
(*Revue d'Odontologie*, juillet 95, page 400.)

Société de Stomatologie.
(*Revue Stomatologique.*)
Présentée par M. le Dr Beltrami, de Marseille.

American dental Society of Europe, séance de Boulogne-sur-Mer août, 5-7, 95.

Congrès national dentaire de Bordeaux, août 1895.

Dans *l'American dental Society of Europe*, le professeur Miller me demanda de lui donner des modèles de cette bouche pour le musée de l'Institut dentaire de Berlin, et M. Cunninghan de Cambridge, me fit la même demande pour le musée de Londres.

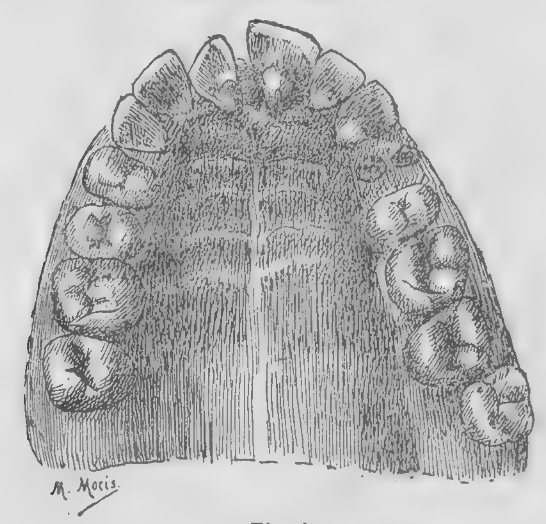


Fig. 1.

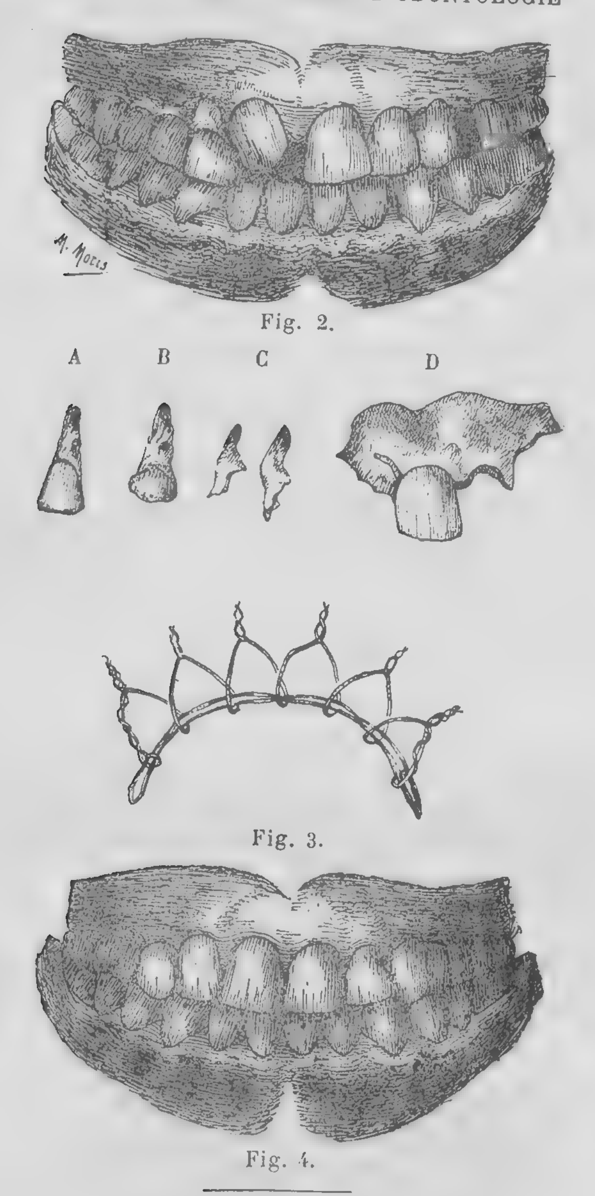


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL, LE GAÏACOL

Par M. C. André
Pharmacien de 1re classe,
Ancien interne des Hôpitaux.

(Communication au Congrès dentaire national.)

Je désire appeler quelques instants votre attention sur un agent

d'anesthésie locale tout nouvellement introduit dans la thérapeutique et qui intéresse d'une manière toute particulière la pratique de votre art : je veux parler du gaïacol.

Quand je dis « nouvellement introduit dans la thérapeutique », cela demande quelques explications.

Vous connaissez tous le gaïacol. Depuis plusieurs années, c'est un médicament très employé comme antiseptique, à la manière de la créosote, dans le traitement de la tuberculose. De fait, les pharmacologistes qui l'ont étudié, ont eu en vue d'en faire un succédané de la créosote, et les résultats obtenus dans cette voie ont été des plus satisfaisants.

Mais si le gaïacol possède des propriétés antiseptiques certaines. il en possède d'autres bien distinctes et indépendantes de celles-ci et qui sont, j'oserai dire, plus manifestes et plus caractéristiques : c'est un anesthésique très puissant. Dès lors, si nous l'envisageons à ce point de vue en faisant abstraction de son pouvoir antiseptique, il vient se ranger à côte de la cocaïne et former le second anesthésique spécifique. C'est le gaïacol, nouvel anesthésique, que je dis avoir été récemment introduit dans la thérapeutique.

Je crois qu'il est rationnel d'admettre que ce sont précisément les résultats heureux obtenus par l'emploi du gaïacol comme antiseptique pulmonaire qui ont contribué pour la plus grande part à faire demeurer dans l'ombre ses autres propriétés. Quoi qu'il en soit, il est certain que ces propriétés ont été observées, et cela dans des circonstances assez nombreuses et assez variées. Il me suffira de rappeler qu'on l'a employé pur et liquéfié en badigeonnages dans l'arrière-gorge pour le traitement des pharyngites ; dissous dans la glycérine, on l'a employé en frictions pour traiter certaines névralgies périphériques; mélangé à la vaseline, pour combattre les douleurs de l'orchite. On l'a employé même dans le traitement des gastralgies, sous la forme de potion, et moi-même je l'ai appliqué au traitement des brûlures et des pulpites. Malgré la variété de ces observations, tous ces faits restaient sans lien ; il leur manquait d'être coordonnés et généralisés. C'est par leur interprétation raisonnée que j'ai été conduit à essayer le gaïacol en injections hypodermiques pour la production directe de l'anesthésie locale.

Le 30 juillet dernier, M. le docteur Lucas-Championnière, dans une communication à l'Académie de médecine, rapportait les résultats obtenus par l'emploi des solutions hypodermiques anesthésiques de gaïacol, donnant ainsi au nouveau mode d'anesthésie locale que je venais de découvrir, la plus haute sanction scientifique. Il rappelait que les premiers essais avaient été faits en art dentaire avec M. de Marion à sa clinique, avec le Dr Ferrier à Lariboisière, avec MM. Dubois et Bonnard à l'Ecole dentaire. Presque simultanément des expériences avaient été faites en petite chirurgie par M. Lucas-Championnière et par M. Bazy dans leurs services hospitaliers. Dans tous les cas, le gaïacol s'était montré un anesthésique des plus satisfaisants.

Je vais examiner sommairement les résultats expérimentaux et

je m'occuperai plus spécialement de ceux obtenus en art dentaire.

Les solutions que j'employais au début étaient faites avec de l'huile d'amandes douces et contenaient dix centigrammes par centimètre cube. Les injections étaient pratiquées comme le sont celles de cocaïne ; le temps compris entre l'injection et l'extraction était de trois minutes au moins et, plus avantageusement, de cinq minutes.

Dans ces conditions, le gaïacol s'est montré un anesthésique au moins aussi puissant que la cocaïne. Dans un certain nombre de cas, très fréquents dans la pratique, où la cocaïne a peu d'action ou en est même dépourvue, le gaïacol produit une anesthésie parfaite ; je veux parler d'extractions faites dans des cas de périostites, d'abcès périalvéolaires, de kystes radiculaires. Des faits analogues ont été observés en petite chirurgie et l'on peut dire que la solution oléo-gaïacolée agit aussi bien et indistinctement dans les tissus sains ou dans les tissus phlogosés et œdématiés. Voilà donc le gaïacol avec une action anesthésique aussi intense et plus générale que celle de la cocaïne.

Reste la question de savoir si le gaïacol peut donner lieu à des accidents locaux ou généraux.

Pour les accidents généraux, la réponse est facile. Il suffit, en effet, de comparer les faibles doses anesthésiques, quelques centigrammes, aux doses beaucoup plus fortes, cinquante centigrammes à un gramme et plus, employées couramment pour le traitement de la tuberculose, pour voir qu'il n'y a rien à redouter au point de vue toxique.

Il n'en est pas de même pour les accidents locaux, et ici j'entrerai dans quelques explications qu'a rendues nécessaires la part prise à la discussion de l'Académie de médecine par le Dr Magitot.

Au début, j'employais pour mes injections la liqueur dont voici la formule :

Gaïacol anesthésique	1 gr.
Huile d'amandes lavée à l'alcool et stérilisée	
Q. S. pour faire	10 cent. cubes.

Avec cette liqueur j'ai eu, dès le principe, de petites escharres, sans gravité et peu étendues à la vérité, mais qui néanmoins feraient rejeter l'emploi du médicament si ce défaut ne pouvait être supprimé.

Je dirai qu'avec cette liqueur on n'a jamais observé d'escharre en petite chirurgie, dans les expériences assez nombreuses faites jusqu'ici. Je ferai même remarquer que plusieurs dentistes n'ont pas rencontré cet accident. C'est ainsi que M. Audy, dentiste à Senlis, avait remis à M. Lucas-Championnière, pour sa communication à l'Académie, huit observations d'extractions avec anesthésie gaïacolique, sans que dans ces cas il y ait eu d'escharres.

Quoi qu'il en soit, la production d'escharres était chose bien observée et j'avais le devoir de rechercher la cause de cet accident.

Cette cause pouvait être attribuée, soit au gaïacol, soit au dis-

solvant que j'employais. Me rappelant une discussion qui eut lieu à la Société d'Odontologie vers le commencement de cette année, j'eus la pensée d'attribuer ces accidents, non pas à l'anesthésique, mais au dissolvant. L'expérience m'a prouvé par la suite que j'avais raison et je suis arrivé depuis à avoir des solutions gaïacolées absolument inoffensives au point de vue des accidents locaux, comme à tous les autres points de vue.

Quelques mots seulement sur mon nouveau dissolvant. Il est maintenant constitué par de l'huile d'olives, que je prends d'origine certaine, et par du chlorure de zinc déliquescent pendant 24 à 48 heures ; je la débarrasse ainsi de toutes les substances accessoires tenues en solution par les glycérides, telles que matières colorantes, principes aromatiques, substances albuminoïdes, substances résineuses, etc. L'huile est ensuite lavée plusieurs fois à l'alcool pour enlever les acides gras qui ont pris naissance sous l'influence du chlorure de zinc. On porte enfin pendant quelque temps à 100° pour éliminer toute trace d'alcool.

Je dois ajouter que j'ai abaissé le titre de ma solution anesthésique et que je l'ai réduit à 1 pour 20 ; de sorte que la nouvelle formule est la suivante :

Huile d'olive déféquée, neutralisée et stérilisée. .	20 cent. cubes.
Gaïacol anesthésique.	1 gr.

C'est avec cette solution que j'ai fait ma seconde série d'expériences sans que jamais elle ait donné lieu à la formation d'escharres.

C'est à la première série d'expériences que se rapportent les observations de M. le Dr Magitot. Il est démontré maintenant que les escharres ne sont pas dues à l'anesthésique mais au dissolvant, et je puis dire que je suis arrivé à conserver le gaïacol à l'art dentaire auquel il rendra de grands services : 1° par son pouvoir anesthésique supérieur à celui de la cocaïne, plus général que le sien, puisqu'il s'exerce dans les tissus sains ; 2° par sa non-toxicité ; 3° par son innocuité comme caustique ou irritant et la suppression des accidents locaux.

APPLICATION DES DOUBLES PLAQUES MÉTALLIQUES SANS SOUDURE EN PROTHÈSE DENTAIRE

Par M. L. Cecconi, D. E. D. P.

Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris .

Les appareils de prothèse en or à double plaque ont des avantages très appréciables au point de vue de l'estampage ; mais, au point de vue de l'application parfaite sur la muqueuse palatine, ils laissent beaucoup à désirer, et cela à cause d'un mouvement de ressort motivé par la lame de soudure qui unit les deux plaques ensemble. Je dis *lame de soudure*, parce que, si les deux plaques

qui doivent constituer l'appareil prothétique sont parfaitement soudées, il doit y avoir entre elles une lame de soudure qui les unit en une seule. Si, en soudant, on ne parvient pas à faire couler la soudure sur toute l'étendue des deux plaques, l'assemblage est imparfait et par suite les inconvénients augmentent. Ces inconvénients sont les suivants :

1° Les endroits non unis par la soudure sont des points faibles qui facilitent les déchirures de l'appareil ; 2° ce sont des cavités dans lesquelles s'infiltre la salive, d'où fétidité de l'appareil.

Pour éviter la difficulté de souder les deux plaques ensemble, difficulté qu'on surmonte d'ailleurs très facilement lorsqu'on a une grande habitude de souder, M. Löwenthal avait imaginé les plaques soudurées ; l'idée est très ingénieuse, et la difficulté de souder les deux plaques ensemble est déjà réduite de moitié par ce système ; mais une autre difficulté surgit : l'estampage de la plaque soudurée. Cette plaque a acquis une certaine rigidité par la couche de soudure qui la recouvre, par conséquent l'estampage devient difficile, et, de plus, elle se déchire par place avant d'être soudée à l'autre.

Si cette idée n'a pas donné les résultats attendus, celui qui a voulu l'appliquer à la prothèse dentaire n'en mérite pas moins la gratitude de toute la corporation, pour s'être adonné à la recherche du progrès professionnel.

Voici comment j'explique le mouvement de ressort produit par les deux plaques soudées, dont j'ai déjà parlé. Les deux plaques qui doivent constituer l'appareil dentaire sont de deux épaisseurs différentes et la lame de soudure qui doit les unir est encore plus mince que les deux plaques elles-mêmes. Voilà donc trois plaques d'épaisseurs différentes, superposées l'une sur l'autre, dont celle du milieu (la lame de soudure) est d'un titre très inférieur aux deux autres. Qu'arrive-t-il chaque fois qu'on chauffe ensemble ces trois plaques qui, par leur union, n'en font qu'une ? Ces trois plaques se dilatent chacune selon son épaisseur et son titre ; la dilatation se fait donc à des degrés différents et par conséquent le refroidissement de la plaque totale ne produit que des retraits très inégaux. Cette inégalité du retrait fausse la pièce qu'on ramène avec peine sans obtenir un bon résultat.

Pour obvier à toutes les difficultés que je viens d'énumérer, je songeai à braser deux plaques ensemble, dont une en or fin. Je fis un premier essai lorsque j'étais employé en qualité de mécanicien chez M. Godon, mais cet essai n'eut qu'un résultat peu satisfaisant.

Enfin, je fis confectionner une plaque en or à 18 c. au 6 d'épaisseur, doublée d'une seconde plaque en or fin au 3 [1], comme le font les bijoutiers pour les plaques d'or et cuivre destinées à fabriquer les bijoux dits en *doublé*.

M. Contenau se chargea de me faire avoir ces doubles plaques brasées.

---

1. Les épaisseurs indiquées doivent être *rigoureusement* respectées par les fournisseurs, si l'on veut obtenir un résultat parfait.

Mon premier essai fut excellent et ce succès m'engagea à me servir de ce système pour faire plusieurs appareils.

Les avantages de cette nouvelle application sont nombreux et très appréciables : facilité d'estampage, économie de temps, car les plaques sont préparées d'avance par les fournisseurs, la difficulté de souder les deux plaques ensemble est totalement supprimée, l'estampage est parfait, la dilatation que subit la plaque en la chauffant est presque normale, étant donné que la lame de soudure entre les deux plaques d'or à 18 car. et d'or fin n'existe plus, donc le retrait est normal aussi, parce que la plaque d'or à 18 car. l'emporte sur la plaque en or fin brasée avec elle, vu la malléabilité et l'épaisseur de cette dernière.

J'en conclus enfin que la lame de soudure qui devrait unir les deux plaques étant supprimée, ce mouvement de ressort persistant qui était l'inconvénient capital de cet ancien système disparaît complètement.

En outre je dois faire remarquer que le prix des deux plaques brasées (chose essentielle) est très modéré. On les trouve chez M. Contenau.

ÉCARTEUR OUVRE-BOUCHE

Par M. Peclet

L'appareil présenté consiste en un cric à double action destiné à écarter l'un de l'autre les deux maxillaires et à en maintenir l'écartement.

Il diffère de la plupart des appareils du même genre connus généralement dans la pratique dentaire sous le nom de bâillons ou ouvre-bouches, en ce que l'écartement se produit graduellement et sans qu'aucun effort soit nécessaire de la part de la personne à opérer.

En voici la description :

Une manivelle *g* actionne deux leviers à crémaillère *ll'* qui engrènent avec une même roue dentée *K* ; la coupe *DC* du dessin montre le mécanisme de ce mouvement.

Les bras de leviers *ll'*, une fois parvenus à l'écartement désiré, sont maintenus automatiquement dans cette position par un cliquet *j*. Ils peuvent ensuite reprendre leur position primitive par la simple pression du doigt sur l'extrémité saillante de ce cliquet *j*, ce qui produit le déclenchement nécessaire pour la rentrée des leviers *ll'* dans l'intérieur de la boîte métallique renfermant le mécanisme.

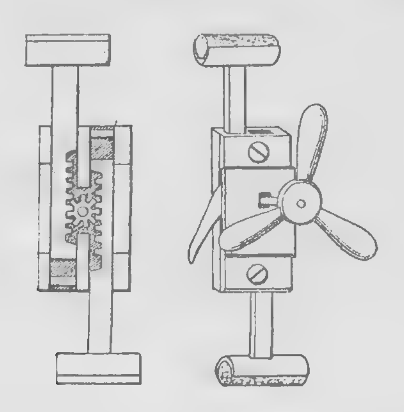
Les extrémités des tiges *ll'* sont munies chacune d'un godet métallique *mm'*, complètement garni d'un petit coussin de liège *nn'* sur lequel repose et appuie la mâchoire de l'opéré.

Un seul bras de levier, destiné à écarter le maxillaire inférieur, seul mobile, du maxillaire supérieur absolument immobile, eût

été à la rigueur suffisant. Cependant l'expérience prouve que la disposition adoptée facilite dans une large mesure l'écartement des maxillaires. Elle a, de plus, l'avantage subsidiaire de donner à l'instrument une parfaite équilibration et une élégante symétrie.

L'appareil présente enfin divers avantages secondaires dont voici les principaux :

1° La boîte métallique qui renferme le mécanisme est tout



d'une pièce et sans aucune soudure, ce qui la rend extrêmement solide et absolument indéformable malgré un usage répété ;

2° La manivelle servant à actionner l'appareil est constituée par un volant à trois branches, disposition des plus commodes pour la manœuvre des doigts ;

3° Toutes les pièces qui forment l'instrument sont vissées et non rivées, par suite très facilement détachables, on peut ainsi les remplacer isolément ;

4° Enfin, son volume est des plus réduits, sans que cela nuise en rien à sa solidité ; il diffère sous ce rapport de tous les instruments similaires, lesquels sont en général massifs et d'un volume gênant à la fois pour l'opérateur et pour l'opéré.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

BUREAU NATIONAL

Réunion du mardi 5 novembre 1895.

Présidence de M. Dubois, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Dubois. — Le Congrès dentaire national, dû à l'initiative de la Société d'Odontologie, tient ce soir la dernière séance de sa première session. J'ai à vous transmettre, à cette occasion, les regrets du Dr Guénard, président du Congrès de 1896, qui nous avait fait espérer à Bordeaux qu'il viendrait ici pour remettre la

médaille au lauréat du Congrès et pour transmettre les pouvoirs au nouveau bureau. Il en est empêché et il nous en exprime ses regrets.

J'ai convoqué tous nos collègues du bureau, ignorant que la Société odontotechnique eût séance ce soir ; c'est pour cette raison qu'il a été impossible à M. Ducournau, qui la préside, de venir parmi nous.

Cette réunion a un certain charme pour nous, puisqu'elle nous permet de constater qu'au milieu de communications très intéressantes et dont plusieurs mériteraient la distinction que nous décernons ce soir, l'état-major de la Société était largement représenté, et que le travail jugé digne de la médaille émane précisément de deux membres de notre corps enseignant. A cette satisfaction s'en ajoute une autre : personnellement je suis très heureux et vous penserez comme moi, j'en suis sûr, que le vote des congressistes ait couronné un travail original.

Il me sera permis de rappeler à quelques-uns d'entre vous que depuis longtemps je pousse les mieux doués parmi les jeunes dans cette voie et que j'ai incité plusieurs d'entre eux à se consacrer à des recherches originales.

C'est donc avec un vif plaisir que je remets cette médaille à M. Choquet. Vous me permettrez de lui associer le nom de M. Grimbert, qui a bien voulu collaborer avec lui et l'aider de ses lumières et de son expérience. (*Applaudissements répétés.*)

Par les comptes-rendus qui seront publiés, vous connaîtrez les résultats moraux et financiers du Congrès. La somme de travail effectuée a été considérable, de sorte que nous pourrons avoir un volume qui fera honneur aux dentistes français.

La tâche du bureau de 1895 est finie, celle du bureau de 1896 va commencer ; qu'il fasse en sorte que la réunion de Nancy donne d'aussi bons résultats que celle de Bordeaux.

Les votes ont décidé que MM. Choquet, Ducournau, Francis Jean, Lemerle, Loup et Dr Sauvez seraient membres du Comité central pour le Congrès de 1896 et leur ont adjoint deux suppléants, MM. Amoëdo et Dr Queudot, qui siégeraient au cas où quelques-uns des membres désignés seraient empêchés.

Il sera publié prochainement un rapport financier faisant connaître la situation du Congrès. S'il restait des fonds sans emploi, ils reviendraient au Congrès de 1896.

Nous remettons en conséquence nos pouvoirs à MM. Choquet, Ducournau, Francis Jean, Lemerle, Loup et Dr Sauvez, qui, de concert avec président élu, le Dr Guénard, et le bureau local, devront préparer le prochain Congrès.

Ma tâche est terminée et, en quittant ce fauteuil, je ne puis manquer de remercier mes collègues de leur bienveillance qui m'a rendu cette tâche des plus faciles. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à 9 heures 1/2.

Le secrétaire général,

Dr SAUVEZ.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 5 novembre 1895.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

M. Francis Jean. — Notre Société n'a pas tenu, le mois dernier, sa réunion habituelle. Personnellement je n'ai pu, en effet, m'occuper de l'organiser à cause d'un deuil de famille. Mais M. Dubois vient de vous montrer que nous n'avons pas perdu notre temps, puisque le Congrès de Bordeaux, où se sont rendus et distingués un certain nombre d'entre nous, compense largement cette séance. Notre Congrès a obtenu en effet, nous pouvons le dire, un succès retentissant, les membres qui n'ont pu s'y rendre en ont déjà la preuve par la lecture de notre journal et nous pouvons nous féliciter du résultat obtenu. Cette réunion, ainsi que l'Exposition internationale, nous ont laissé d'excellents souvenirs. Au sujet de cette dernière je suis heureux de vous annoncer, ce soir, que l'Ecole y a obtenu, dans la section de l'enseignement, un diplôme d'honneur. (*Applaudissements.*)

Nous reprenons le cours régulier de nos travaux, que je vous engage à rendre nombreux et profitables en faisant insérer à l'ordre du jour des prochaines séances beaucoup de communications intéressantes.

I. — Nouvelle lampe de cabinet, par M. le Dr Sauvez

M. le Dr Sauvez. — La lampe dont je veux vous entretenir est destinée à remplacer celle de Telschow, qui donne mal à la tête à l'opérateur et incommode le patient. Tandis que je causais avec M. Pietkiewicz des inconvénients de cette dernière, il m'a dit avoir un système excellent. Je me suis fait faire une lampe semblable à la sienne et voulais vous la présenter ce soir ; malheureusement le fabricant n'a pu venir aujourd'hui, mais il viendra la prochaine fois.

Dans la lampe Telschow, la plaque de tôle ne vient pas très haut, elle s'échauffe et, au bout de 2 ou 3 heures, on est incommodé. Dans la lampe que je vous recommande, il y a deux plaques concentriques de cuivre nickelé ; une surface est noire pour éviter le rayonnement de la chaleur. Entre les deux plaques se trouve un calorifuge quelconque, de la tourbe par exemple, et la chaleur est absolument nulle ; c'est ainsi qu'après 2 ou 3 heures, à quelques centimètres, on ne sent aucune chaleur. La gaîne descend plus bas que le bec et monte plus haut. Le plus simple sera d'ailleurs de l'expérimenter. Chez moi je viens de faire établir l'électricité et je n'ai ainsi pas de chaleur du tout avec cette lampe.

Discussion

M. Loup. — Entre les cylindres de tôle y a-t-il un courant d'air ?

M. le Dr Sauvez. — Non.

M. Loup. — Il serait préférable qu'il y eût un courant d'air.

M. le Dr Sauvez. — J'ai songé à un courant d'eau, ce qui nous donnerait de l'eau chaude.

M. Grimbert. — L'air est très mauvais conducteur. Si l'on polissait la surface à l'intérieur, les rayons seraient renvoyés vers la lampe.

M. Francis Jean. — Le bec Auer sur la lampe Telschow me donne de bons résultats.

M. Dubois. — La question de l'éclairage dans le cabinet d'opérations se trouve posée par l'excellente communication de M. Sauvez. Le perfectionnement qu'il nous présente n'aurait plus en quelque sorte de raison d'être avec la lumière électrique, car celle-ci n'a pas assez de radiation calorique pour être gênante.

L'éclairage de la cavité buccale par les lampes à incandescence se fait très bien en employant une lentille et le dispositif de M. Barbe. On s'affranchit ainsi de la lampe Telschow et aussi de son support, qui est lourd et encombrant. Il est vrai que ce dernier peut être supprimé en plaçant, ainsi que je l'ai fait, une douille avec vis de serrage au centre de la tablette. Par ce petit perfectionnement le poids et le volume sont diminués.

M. Francis Jean. — On peut toucher la garniture métallique de l'appareil muni du bec Auer, sans crainte de se brûler ; la chaleur dégagée est très légère et n'incommode pas du tout l'opérateur.

M. le Dr Roy. — Le bec Auer chauffe très peu, il ne brûle pas du papier placé au-dessus du verre, il m'est même arrivé de ne pouvoir faire prendre des allumettes au-dessus du bec.

M. Francis Jean. — Je reproche à la lampe dont parle M. Sauvez et que j'ai vue chez lui son disgracieux volume.

Je me sers du bec Auer depuis quatre ans, j'ai des manchons qui durent un an et chaque jour la lampe est enlevée pour être replacée lorsque le jour baisse.

M. Dubois. — J'aurais souhaité que des membres nous fournissent des remarques sur leur installation d'éclairage. La solution du problème est dans l'installation électrique et il serait bon que ceux qui l'ont déjà vinssent nous dire leurs essais et le prix de revient.

M. le Dr Sauvez. — Les fils, les ampoules, les becs, les gaînes et quelques supports m'ont coûté en bloc 350 francs pour dix-huit lampes.

M. Bonnard. — Le coût de l'installation dépend de l'étage.

M. Houbriet. — La canalisation augmente le prix de revient, quant au câble du moins, qui chez moi coûte 100 francs, et je suis au deuxième.

M. le Dr Sauvez. — La question est importante pour nous. La lampe diminue les inconvénients du gaz. Avec l'électricité on trouve des entrepreneurs qui posent à raison de 20 francs par lampe.

M. Dubois. — Le prix de 350 francs est pour l'éclairage seulement ? Vous n'avez pas de force motrice pour le tour ?

M. le Dr Sauvez. — Pour l'éclairage seulement.

M. Joseph. — Avec l'électricité dans une maison, vous aurez une force motrice pour 500 francs.

M. Houbriet. — Avec une lampe de 90 volts et une de 20, les deux lampes éclairent, mais on ne peut pas cautériser. J'ai pu ainsi diagnostiquer un abcès du sinus.

M. Dubois. — Puisque M. Houbriet a pu diagnostiquer un abcès du sinus par transparence, il pourrait nous donner son avis sur ce mode de diagnostic.

M. Houbriet. — J'ai vu la différence de teinte parce que la quantité de pus était suffisante ; d'un côté le dessin était bien net, de l'autre il ne l'était pas.

M. Bonnard. — L'éclairage du sinus repose sur une théorie ; mais il faut tenir compte de l'épaisseur de la paroi.

M. Houbriet. — Je ne manque jamais de regarder les sinus à la lampe.

M. Dubois. — Voilà un moyen de diagnostic préconisé par un médecin allemand, contesté depuis par les rhinologistes ; il serait intéressant que les praticiens qui l'ont employé nous fissent part de leurs observations. Il se rattache à la question de l'éclairage.

M. Houbriet. — Une dame, atteinte d'un abcès sur le frein de la lèvre, alla consulter un de mes confrères, il y a trois ans ; celui-ci déclara qu'il ne voyait rien et que le mal, s'il y en avait, venait d'une incisive. Il y a un an, cette dame vint chez moi et je me bornai à un sondage. Cette année, j'ai enfoncé la sonde de 2 à 3 centim., mais je n'osais pas supposer un abcès du sinus. Une sonde fine pénétrant tout entière, j'estimai que le cas était très grave et j'engageai ma patiente à voir un médecin. Elle en vit un, qui la renvoya à un spécialiste ; celui-ci l'a regardée à la lampe et lui a fait l'opération en lui enlevant la grosse molaire (j'avais enlevé la petite antérieurement).

M. Stévenin. — Un sinus plein de pus n'a pas la même transparence qu'un autre et, malgré les objections faites par le Dr Lermoyez au diagnostic par la lampe, l'éclairage n'en fournit pas moins une indication, mais c'est tout.

M. de Marion. — Dans un cas dont je me souviens, la transparence n'avait rien révélé ; trois jours après on fit l'opération et l'on trouva le sinus plein de pus.

M. Houbriet. — Pour 6 francs vous avez une petite lampe, vous la montez sur votre cautère, et, si vous avez 4 piles chez vous, vous pouvez regarder votre sinus par transparence.

II. — Têtière aseptique, par M. le Dr Sauvez

M. le Dr Sauvez. — Je vous signalerai un petit dispositif pour éviter de transmettre les maladies de la peau et du cuir chevelu. Changer les serviettes ou simplement les retourner n'est pas pratique, aussi j'emploie des serviettes de papier japonais renouvelées à chaque patient. Ces précautions sont indispensables en pareille matière et, pour ma part, j'ai été très ennuyé, ayant soigné un jour un ami, interne d'hôpital, qui, dès le lendemain, vint me montrer une plaque de pelade. Le patient qui lui a succédé dans mon fauteuil aurait certainement pu contracter cette maladie; il n'en a

rien été heureusement, mais enfin il y a des précautions à prendre et ces petites serviettes de papier rendent des services.

DISCUSSION

M. Rozenbaum. — La têtière ne coûte pas très bon marché et, si le patient a une maladie de la peau, il la donne au fauteuil.

M. Francis Jean. — La têtière à jour a plus de chance d'être aseptique qu'aucune autre.

III. — ECARTEUR PÉCLET PRÉSENTÉ PAR M. DUBOIS

(Voir *Travaux originaux.*)

DISCUSSION

M. Loup. — Le principe est très ingénieux, mais quand un patient a la bouche suffisamment ouverte pour qu'on puisse y placer cet appareil, il peut se passer de celui-ci. L'écarteur n'a sa raison d'être qu'en cas de constriction.

M. de Marion. — C'est un appui-bouche et non un ouvre-bouche.

M. Dubois. — Je me suis servi du nom de l'inventeur. L'appareil ne peut, en effet, servir d'ouvre-bouche s'il y a constriction, mais simplement de maintien de la bouche ouverte, tout en ayant la possibilité d'augmenter l'ouverture. Dans cet ordre d'idées, les petits tampons imaginés par M. Barbe et construits par M. Heymen me rendent service. Si un patient a un support entre les molaires pour tenir la bouche ouverte pendant une aurification, il sera moins fatigué que sans cela ; or cet appareil peut remplir ce but. Je ne ferai qu'un reproche à l'ingénieux appareil de M. Péclet, c'est de ne pas être assez volumineux, ce qui fait que la langue le déplace trop aisément.

M. Francis Jean. — Certains patients ne peuvent supporter le soutien.

M. Dubois. — Je crois que, dans la plupart des cas, il y a repos des muscles si l'on interpose un corps dur entre les dents du haut et celles du bas.

M. Loup. — Ces appareils ont une raison d'être si l'on ne tient pas la bouche constamment ouverte.

M. Bonnard. — C'est précisément la raison d'être de cet appareil.

IV. — SONDE A DOUBLE COURANT POUR LE TRAITEMENT DES ABCÈS DU SINUS, PAR M. DE CROES.

M. de Croes donne lecture d'une note sur ce sujet, présente l'instrument et l'expérimente. (*Sera publié.*)

DISCUSSION

M. le Dr Sauvez. — L'appareil de M. de Croes est très ingénieux, mais nous nous servons tous d'un moyen très simple qui consiste à faire incliner la tête au malade.

M. de Croes. — Mais alors il y a un cul-de-sac qui n'est jamais lavé.

M. Loup. — Voilà déjà plusieurs instruments qui nous sont présentés pour le lavage du sinus. L'important, c'est d'avoir un lavage continu. L'inconvénient de l'appareil de M. de Croes, c'est d'être trop petit et de ne pas permettre au mucus de sortir.

M. de Croes. — On commence par un curettrage et on passe ensuite au lavage.

M. Bonnard. — Quand vous avez du pus ancien, le lavage n'est pas suffisant ; de plus, pour le lavage, il faut un courant continu et large, et cet appareil est trop petit pour cela.

M. de Croes. — Ce n'est qu'un modèle qu'on peut faire exécuter plus grand.

M. Bonnard. — Il est vrai que ce qui se fait en petit peut se faire en grand.

M. le Dr Sauvez. — L'appareil de M. de Croes est très ingénieux, mais, pour le lavage du sinus, je ne l'emploierais pas : je me contente de la canule ; dans les cas toutefois où un morceau de mucus vient boucher le méat, pour obvier à l'inconvénient, j'y aurais recours. Dans les kystes, je m'en servirais également. Souvent il est impossible de faire sortir le liquide par le nez ; dans ce cas, avec une canule droite on ne fait arriver le liquide que dans la cavité ; là encore l'appareil de Croes est utile.

M. de Croes. — Souvent des bourgeonnements obturent l'ouverture du méat moyen et empêchent toute sortie ; dans ce cas cet instrument me donne de bons résultats.

M. le Dr Sauvez. — C'est le principe des sondes à double courant.

M. de Croes. — Le courant ne tombe pas dans la bouche, parce qu'il faut éviter les souillures. Je mets un caoutchouc qui serre les parois de la fistule.

M. le Dr Sauvez. — En général, j'enlève la grosse molaire et j'ai une communication avec le sinus ; je mets un drain en attendant l'extraction. Une fois il m'est arrivé un accident : j'avais supprimé le drain, ayant quelques tuyaux de platine tout prêts, correspondant aux calibres des fraises. J'entrais dans le sinus, j'attachais le drain en platine et je fixais avec de la cire. Un jour on m'amène un patient, je mets de la cire à cacheter à midi ; le soir, le fil de platine était remonté ; j'essaye de rattraper le drain, mais une aspiration l'entraîne et je ne l'ai jamais revu. Ce patient a donc un drain dans son sinus, mais je me garderai bien de le lui dire, parce qu'il est très pusillanime.

J'ai fait faire alors de petits drains en platine avec un pavillon, je lave, le pus sort et je prends un drain correspondant à l'ouverture faite. Au bout de trois ou quatre jours, je prends l'empreinte et je fais l'appareil. J'évite ainsi des ennuis et de la douleur au patient Quand je le vois, tout est en bon état. Quelquefois on se figure qu'on a parfaitement lavé le sinus, mais il reste toujours du pus. On a aussi imaginé de petits trous tout autour, on rogne tous les jours d'un millimètre et il y a un moment où il

semble qu'il ne faut pas aller plus loin, car on sent qu'on touche au plancher du sinus.

M. Francis Jean. — Obturez-vous le drain pendant le repas ?

M. le Dr Sauvez. — Oui.

M. Stévenin. — Chez les fabricants on trouve des bouchons pour cet usage.

M. le Dr Sauvez. — Ces bouchons sont rarement assez petits et il y a souvent des sinus où ils ne sont pas applicables.

M. le Dr Roy. — Dans les appareils qu'on place dans le sinus il y a des tubes à trous et la muqueuse y pénètre ; il est donc préférable d'employer une tige pleine. On se sert d'un tube dans le but de favoriser la sortie du pus, qui, du reste, ne se forme pas en si grande abondance. Le rôle du tube est, en réalité, de maintenir l'orifice béant, tout simplement. La tige pleine à bords arrondis est supérieure au tube dans nombre de cas. Dans la suppuration très abondante on peut retirer l'appareil et le pus s'écoule ; avec la tige pleine il n'y a pas besoin de bouchon pendant les repas. Les malades font très bien les lavages en introduisant la canule de la seringue dans l'orifice et certains préfèrent, même avec un appareil à tube, retirer celui-ci pour les injections.

M. le Dr Sauvez.—Pour que le malade se lave, il faut trois injections d'un litre par jour ; or beaucoup se font saigner avec la canule, tandis qu'avec un drain ils ne se touchent pas et ne se font pas mal.

M. Dubois. — Je crois être le premier en France à avoir imaginé un appareil portant un tube pour abcès du sinus. C'était vers 1884 ; j'en appelle au souvenir de M. Bonnard, qui était élève alors et auquel je le fis employer. Le tube a de petits inconvénients auxquels on peut obvier. En tout cas une tige creuse est évidemment supérieure à une tige pleine. D'abord elle évite le traumatisme de la canule de seringue et permet de fermer le sinus à titre d'essai. Nous ferons donc bien de nous en tenir à l'appareil à tige creuse.

M. Francis Jean. — En 1892 je vous ai présenté un appareil suppléant aux inconvénients des trous d'arrosoir ; il consiste en un ressort à boudin remplaçant le tube rigide. J'en suis très satisfait parce que les saillies ne sont pas assez fortes pour blesser la gencive, le jeu laissé entre les spires du fil étant insignifiant et les liquides seuls, sécrétions ou irrigations, pouvant traverser ce drain dans toute sa longueur.

M. Bonnard. — L'appareil de M. Dubois avait des fentes au-dessus du plancher du sinus et deux petits crochets tenaient la grosse molaire ; il a rendu de très grands services et il n'y a pas eu d'invagination dans les trous.

M. Dubois. — Cet appareil, étant très fin, peut se boucher ; mais il suffit de le faire plus grand.

V. — Des doubles plaques métalliques en prothèse dentaire, par M. Cecconi.

M. Cecconi donne lecture d'une note sur ce sujet (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Francis Jean. — Ces plaques sont-elles voilées après être passées au feu ?

M. Cecconi. — Non, et l'estampage est excellent.

M. Francis Jean. — Est-ce par l'estampage au marteau que vous procédez.

M. Cecconi. — Oui, il y a une grande difficulté pour souder les plaques doublées ordinaires.

VI. — Appareil pour chauffer les moufles, par M. Debray.

M. Debray. — Je vous présente un appareil pour chauffer les pièces. C'est la lampe qui les chauffe et, quand vous avez fini de bourrer, le caoutchouc devient très mou. Ordinairement, quand on bourre un moufle, il est chaud, et quand on le sort du four, il se refroidit. Cette lampe sert à souder les pièces. L'appareil se baisse à la hauteur de l'établi ; il chauffe tellement que la chaleur est toujours trop forte.

VII. — Procédé de fabrication des dents Logan, par M. Kerr.

M. Francis Jean. — Nous nous sommes rendu compte depuis longtemps des avantages qu'il y aurait à pouvoir fabriquer les dents Logan soi-même. Un corps de porcelaine et un fourneau, imaginés par la *Dental Manufacturing Company*, de Detroit, Etats-Unis, nous le permettent à peu près. A une dent simple, dent de bouche ou molaire, on ajoute un pivot, une petite plaquette, le reste se remplit par une pâte que l'on fait cuire. M. Kerr avait présenté ce procédé au Congrès de Bordeaux ; notre confrère étant de passage à Paris, je l'ai prié de venir en faire une démonstration ici.

M. Kerr expérimente son procédé.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le Secrétaire général,
Dr Roy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Par M. Emile Roger,
Avocat à la Cour d'appel.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (10e ch.)

Présidence de M. Durand, président.

Audience du 31 *octobre* 1895.

Chirurgien-dentiste. — Titre de docteur (usurpation du). — Enseignes. — Cartes de visite.

Les expressions « American dentist » *jointes au titre de* « Docteur »

ne satisfont point au vœu de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, qui exige l'indication précise de la Faculté qui a délivré le diplôme.

Spécialement, le dentiste diplômé d'une Faculté étrangère, qui prend sur son enseigne le titre de « Docteur » *en ajoutant seulement ces mots* « American dentist », *se rend passible des peines édictées par ledit article*

Le 31 octobre dernier, le tribunal de la Seine rendait contre le sieur E..., dentiste, le jugement suivant :

Le Tribunal : Attendu qu'il résulte des documents de la cause, qu'en 1895, à Paris, E... a apposé une plaque de marbre à la porte principale de la maison qu'il habite, avenue de l'Opéra, et sur laquelle on lit l'inscription suivante : « Docteur J... E... »; Attendu qu'il est constant et non dénié qu'E... n'est point diplômé d'une Faculté française et qu'en n'indiquant pas l'origine étrangère de son titre, il a contrevenu aux dispositions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu que, par suite de ces faits, R... a éprouvé un préjudice ; que le tribunal a les éléments nécessaires pour l'apprécier;

Par ces motifs :

Condamne E... à 25 fr. d'amende et à 25 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile ; le condamne, en outre, aux dépens.

Même jugement contre le sieur D... qui avait pris la qualité de docteur sur son enseigne, en y ajoutant toutefois les mots « American dentist. »

Même jugement également contre le sieur S... qui avait pris le titre de Docteur sur ses cartes de visite.

Le tribunal a appliqué aux faits de la cause l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892. C'est le cas du dentiste étranger qui prend la qualité de « Docteur » sans indiquer l'origine étrangère de son titre. Nous n'aurions rien à ajouter aux dispositifs de ce jugement, si, au cours des débats, on n'avait pas soulevé une objection à laquelle le tribunal a répondu implicitement. Cette objection, la voici : « Il est évident, disait-on, dans l'intérêt de l'un des prévenus, que, si nous avions pris le titre de « Docteur » purement et simplement, nous aurions commis une contravention à l'article 20. Mais ce n'est pas le cas, nous avons inscrit sur notre enseigne ces mots « *American dentist* » ; or, le titre de « Docteur » joint à cette expression indique clairement dans l'esprit de tout le monde que nous nous trouvons en présence d'un gradué d'Amérique.

Comme la loi n'a point exigé de termes sacramentels, elle doit se contenter d'équivalents. Cette thèse n'a point prévalu et la théorie des équivalents a été écartée, puisqu'une condamnation est intervenue. Elle était à signaler, cependant, car des questions de cette nature peuvent être posées de nouveau, à l'occasion d'autres enseignes conçues dans des termes vagues, très vagues même. Nous percevons cependant une formule bien exacte, d'un caractère non équivoque. On peut se demander, en vérité, pourquoi elle n'est pas employée par tous ceux qui aiment les situations nettes et précises. C'est celle-ci : « *Un tel, dentiste, Docteur* de la faculté

de... ». Que dire et que penser des enseignes qui portent ces inscriptions (*Docteur un tel*, *de New-York* ou *from Philadelphia*, ou bien *Docteur X*, et, entre parenthèses, *Faculté de...*) ? A coup sûr ces expressions n'ont pas le mérite de la précision. Qu'est-ce que cela veut dire pour le public « *Docteur X*, *de Philadelphie* », alors surtout qu'il n'y a aucune espèce de liaison de pensée entre la première partie de l'inscription et la seconde « *de Philadelphie* » ? Le public, lui, ne retient qu'une chose, c'est qu'on est chez le docteur X ; les mots *de Philadelphie* n'éveillent en lui aucun sens précis. Mais il en serait autrement, et c'est ce qu'a voulu la loi, si le mot « *diplômé* », qui devient le lien nécessaire, était employé ; on aurait ainsi : « Dr X, diplômé de la Faculté de... »

Cette façon de procéder constitue bien un peu ce que nous appelons « *l'art de* tourner la loi ». Mais, qu'on ne l'oublie pas, la loi aime les situations nettes, et le juge qui a la mission de l'appliquer ne se contente pas de demi-mesures, quand elles sont destinées à donner le change à l'opinion publique. Il ne manquera pas de se reporter aux origines de l'article 20 et de s'inspirer ainsi de la pensée du législateur. Qu'y verra-t-il ? Il lira le passage suivant qui est topique :

« Il ne peut y avoir, a dit le rapporteur, de difficultés que sur le point de savoir ce que l'on entend par l'usurpation du titre de Docteur. Voici comment il a pu quelquefois être usurpé. Il est arrivé souvent qu'un officier de santé, reçu docteur de la Faculté d'Iéna ou *d'une faculté étrangère*, s'en est prévalu, et qu'il a libellé ainsi ses cartes de visite : *le docteur un tel*. Il donne le change sur sa qualité réelle et fait croire qu'il est docteur d'une Faculté française. Nous l'obligerons par la rédaction de l'article 20 à dire quelle est l'origine du diplôme dont il se pare. »

Est-ce assez clair ?

Vous n'êtes pas docteur français, cependant vous prenez ce titre de docteur, on aurait peut-être pu vous empêcher de le prendre, car nous ne voulons pas de confusion ; tout au moins, indiquez l'origine étrangère de votre diplôme ; nous vous y obligeons, dit la loi. Elle est formelle, impérative, et, on peut en être convaincu dès maintenant, le juge ne s'accommodera pas de subterfuges, de faux-fuyants.

La question a été posée et jugée relativement à l'expression « *American dentist* ». Peut-être l'ambiguïté dont sont empreintes un certain nombre d'enseignes appellera-t-elle d'autres consultations judiciaires.

Nous terminons en faisant cette simple remarque, c'est que tous les moyens ingénieux employés pour entretenir dans le public une certaine confusion sur ce point prouvent péremptoirement que le législateur a été bien inspiré en faisant une distinction sur ce même objet.

Les dangers du cumul.

(Entendu a la police correctionnelle le même jour.)

Grivel est coiffeur à Suresnes. Entre temps et dans ses moments de loisir, il cultive la dentisterie, mais si peu, dit-il au président, si peu ! S'il s'est occupé d'extraire les dents, c'est au surplus pour rendre service à ses amis. Pourquoi le traque-t-on ainsi, grands dieux !

Audition des amis. — 1er témoin. Je savais que Grivel s'occupait de dentisterie ; je me suis adressé à lui. — Il m'a cassé ma dent. Il ne m'a rien demandé.

2e témoin. — Il a cherché à m'extraire deux dents, deux molaires, qu'il m'a d'ailleurs découronnées sans pouvoir aboutir. Il m'a demandé 1 fr. pour la petite opération.

Il traite bien ses amis, le sieur Grivel.

Coût : 50 fr. d'amende.

Il se retirait l'oreille basse quand un avocat, voulant le consoler sans doute, lui dit : « Il y avait un moyen bien simple de vous tirer d'affaire. La loi de 1892 ne punit pas la tentative, il fallait soutenir qu'il n'y avait eu de votre part que trois tentatives non *couronnées* de succès. »

Ahuri, le pauvre diable s'est aperçu qu'il était plus dangereux de manier le davier que le rasoir.

LIVRES ET REVUES

Par M. P. Dubois.

Denison Pedley, The diseases of children's teeth, their prevention and treatment. A manual for medical practitionners and students. London, Segg et Cº.

M. Pedley a abordé un sujet bien vaste et il aura eu l'honneur d'y apporter une contribution qui n'est pas sans mérite. Le chapitre sur l'hygiène buccale nous a paru particulièrement intéressant. Il reproduit des statistiques d'une grande valeur documentaire, il met en relief les désordres généraux qui sont consécutifs au mauvais état des dents chez les enfants. Le médecin et le dentiste y trouveront des observations qu'il était bon de rassembler.

Le reproche qu'on peut adresser à M. Pedley est d'avoir un peu trop chargé le volume de figures empruntées aux catalogues des fournisseurs, et d'avoir transformé sa monographie en un petit traité d'art dentaire. Il était hors du sujet de parler longuement du traitement de la carie en général, de l'extraction, etc. Il aurait été préférable de limiter l'exposé aux particularités spéciales qui se rattachent à ce qu'on pourrait appeler : la dentisterie infantile.

L'idée de ce livre est bonne, certaines de ses parties ont de l'intérêt, et c'est, somme toute, une œuvre utile.

Paul Lefert. La pratique des maladies de la bouche et des dents dans les hôpitaux de Paris, vol. in-16 de 288 pages, cartonné, 3 fr. J.-B. Baillère.

Ce petit volume résume assez bien les indications données par les différents auteurs pour le traitement des affections dentaires et buccales. Si, pour les professionnels, il est un peu succinct, le médecin et l'étudiant y trouveront des notions utiles.

L'éclectisme de l'auteur, son style concis, l'étendue du champ exploré en font un volume qui doit figurer dans toute bibliothèque de dentiste.

Dr Eyssautier. Distribution géographique de la carie dentaire en France. Grenoble, 1895, Vve Rigaudin.

M. Eyssautier a eu la bonne pensée de dresser une statistique des exemptions pour cause de mauvaise denture pour la période 1837-1885, soit près d'un demi-siècle ; aucun statisticien n'avait jusqu'ici porté l'enquête sur un aussi grand nombre d'années et on ne peut que louer une semblable entreprise qui est considérable.

Pourtant, nous dirons qu'il aurait été désirable que l'auteur indiquât son mode d'évaluation et donnât ses résultats partiels, afin que le contrôle fût possible. Tout autant que la femme de César, le statisticien ne doit pas être soupçonné : c'est pour cela qu'il doit aller au-devant des demandes de justification. La publication des résultats partiels aurait levé tous les doutes.

Puisque M. Eyssautier s'astreignait à relever quarante-neuf années, il aurait été avantageux qu'il continuât son étude jusqu'à ces derniers temps et il était peut-être plus important de connaître la période 1885-1893, que les auteurs précédents n'avaient pu comprendre dans leurs recherches, que de recommencer à compter les années 1850-1885, pour lesquelles nous avons publié les résultats partiels année par année [1].

Nous sommes heureux de constater que M. le Dr Eyssautier a adopté notre classification ethnologique, que ses résultats sont peu différents des nôtres, au moins dans leurs grandes lignes, et que ses conclusions concordent avec celles données par nous. Il est bon que les dentistes ne se désintéressent pas des questions de biologie et d'anthropologie que soulève l'étude du système dentaire chez les différentes races et nous ne pouvons que féliciter notre confrère d'avoir travaillé dans cette voie.

---

1. *Odontologie* 1885, 1886, 1887..

Dr Eyssautier. Rapport sur le fonctionnement de l'inspection dentaire des écoles de la ville de Grenoble et de la clinique dentaire gratuite. Grenoble, 1895. Imp. Allier.

Cette brochure est plutôt un plaidoyer en faveur de l'hygiène dentaire qu'un exposé professionnel de cas intéressants et des résultats obtenus. Les patients peuvent lire certains passages de cet opuscule avec profit, ils y trouveront des conseils utiles. Quant aux dentistes, c'est autre chose, et, pour notre compte, nous ne pouvons féliciter un de nos confrères qui dit (page 18) :

« Une circulaire adressée à tous les habitants de la ville, en les » informant de cette création, invitait les indigents à bénéficier des » soins gratuits dont ils auraient besoin. Tous les médecins ont reçu » des cartes de faveur pour leur clientèle pauvre, à laquelle s'offrent » ainsi les avantages réservés jusque-là aux riches.

» Pour atteindre le but philanthropique et démocratique de cet » établissement, il n'est pas jusqu'aux appareils de prothèse et » de redressement, toujours très coûteux, dont les prix ne soient » considérablement réduits pour les clients de la clinique. »

On sait ce que vaut l'aune de ce genre de philanthropie et de démocratie. C'est pourquoi on ne peut que regretter qu'un dentiste, diplômé et lauréat d'une des écoles dentaires parisiennes et de plus docteur en médecine, se soit servi de semblables moyens.

Dr Eyssautier. Néoplasme malin du maxillaire supérieur droit. Restauration totale de cet os. Restauration prothétique du maxillaire.

Observation intéressante de tumeur du maxillaire avec description détaillée de l'appareil destiné à remplacer l'os enlevé.

Rien de particulier au point de vue de la prothèse.

Dr Eyssautier. Curettage du sinus maxillaire. Grenoble, impr. Allier.

Certains abcès du sinus maxillaire sont très rebelles ; l'observation publiée par M. Eyssautier en fournirait une preuve concluante, si les dentistes qui se sont attaqués à cette affection n'étaient déjà édifiés sur ce point.

Après avoir essayé des irrigations avec des liquides variés, puis du tamponnement avec la gaze iodoformée, M. Eyssautier eut la bonne inspiration de tenter le curettage. Cela assura la guérison rapide.

Claude Reboullet. Contribution à l'étude du traitement de la pulpe dentaire exposée. Thèse de Lyon.

La thèse de M. Reboullet est une excellente mise au point de nos connaissances actuelles sur le traitement de la pulpe exposée. Il s'appuie sur des recherches bibliographiques étendues et sur une expérience opératoire qu'on n'est pas habitué à rencontrer dans les thèses médicales.

Tel quel, on ne peut qu'applaudir à la valeur documentaire et pratique de ce travail.

NOUVELLES

L'École dentaire de Bordeaux a tenu sa séance d'ouverture des cours le samedi 27 novembre, dans son local, 222, rue Sainte-Catherine, sous la présidence de M. le Pr Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

CINQUANTENAIRE DE L'ANESTHÉSIE

L'Association de la *Presse médicale* s'est préoccupée, sur la proposition de son secrétaire général, de la façon dont on pourrait fêter en France, l'année prochaine, le cinquantenaire de la découverte de l'anesthésie (30 septembre 1846).

Une commission, composée de MM. Cornil, Lucas-Championnière, Baudouin, a été nommée.

(*Le Bulletin médical*, 19 novembre 1895.)

UN NOUVEAU JOURNAL

Nous avons reçu le premier numéro de *l'Indépendance Médicale*, publiée sous la direction de MM. Bernheim et Laurent.

Conçu sur le plan de la *Semaine Médicale* et du *Bulletin Médical*, ce journal sera consulté avec profit par tous ceux qui veulent suivre le mouvement des idées et des faits en médecine.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le Syndicat des Médecins de la Seine, qui compte aujourd'hui plus de 600 membres, a tenu son assemblée générale annuelle le 24 novembre, à la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr Albert Le Blond.

Après la validation des nouveaux adhérents, le président prononce un discours où il retrace les difficultés actuelles de la profession médicale, et montre la nécessité pour les médecins de s'agréger au Syndicat pour faire face aux collectivités et sociétés coopératives qui s'accroissent chaque jour.

Le Dr Birabeau, Secrétaire général, fait un exposé des travaux de l'année, qui est couvert d'applaudissements.

Après le compte-rendu financier, le Dr de la Jarrige expose le différend survenu entre le maire et les médecins de Montreuil.

Puis le Dr Abadie traite la question des cliniques et polycliniques et s'élève contre les subventions accordées à celles-ci.

Le Dr Tison émet le vœu *qu'il ne soit reçu aucun malade payant dans les hôpitaux.*

Le Dr Tolédano demande *la suppression de la maison Dubois.*

Le Dr Gourichon demande à l'assemblée générale de faire connaître son sentiment au sujet des subventions accordées aux polycliniques, et d'adopter le vœu *que les allocations faites à ces établissements privés par le Conseil général et le Conseil municipal soient supprimées.*

Ces trois propositions sont adoptées *à l'unanimité.*

Sont élus :

Présidents d'honneur : MM. Brouardel et Le Baron ; *Président* : M. A. Le Blond ; *Vice-Président* : M. Savornin ; *Secrétaire Général* : M. Birabeau ; *Trésorier* : M. Philippeau.

Membres du Conseil : MM. Bazy ; Bellencontre ; Berthod ; Bonnecaze (Armand) ; Duchesne (Léon) ; Gourichon ; Guinard, Lévêque-la-Croix ; Noir (Julien) ; Philbert.

Ont été élus membres du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris :

MM. Bioux.
Choquet.
D'Argent.
Jeay.
Martinier.

MM. Papot.
Prével.
Dr Sauvez.
Stévenin.
Viau.

AVIS

Il sera ouvert à l'Ecole dentaire de Paris, en janvier 1896, un concours pour la nomination à trois postes de chefs de clinique, dont deux pour la clinique de prothèse.

Envoyer les lettres de candidatures au secrétariat de l'Ecole, 4, rue Turgot.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PROCÈS-VERBAUX

Séance du 6 août 1895.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Dubois, Godon, Francis Jean, Loup, Martinier, Prest et Roy.

Lettre de *M. Peyron* informant le directeur de l'Ecole que le préfet de la Seine approuve la convention passée entre l'Assistance publique et l'Ecole dentaire de Paris concernant la dissection.

A ce sujet le Conseil décide qu'un droit de 60 francs sera payé par chaque élève à l'Assistance publique.

Le Conseil, sur la proposition de *M. Godon*, vote des remerciements à M. Worms, qui a appuyé chaleureusement ses démarches et dont l'intervention a été très précieuse.

Lettre de M. le professeur *Brouardel*, doyen de la Faculté de médecine de Paris, donnant communication d'un arrêté du ministre de l'Instruction publique portant qu'à l'avenir il y aura deux sessions d'examens, l'une au 1er trimestre et l'autre au dernier trimestre de l'année scolaire.

Lettre de *M. Wickham* informant l'Ecole qu'une médaille d'or lui a été décernée à l'exposition de Bordeaux.

Le Conseil adresse des remerciements à M. Wickham.

M. Dubois annonce qu'à la suite de difficultés pour l'eau avec le propriétaire, il a compulsé bail et papiers et a constaté que le propriétaire a perçu indûment 80 fr. par an ; mais pour diverses raisons il a pensé devoir différer la demande en remboursement. Seulement il a obtenu qu'à l'avenir le prix du loyer sera conforme à la convention écrite.

Le Conseil félicite M. Dubois.

M. Francis Jean informe que, sur 11 élèves présentés au certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, 7 élèves ont été admissibles et 4 admis ; la proportion est très satisfaisante.

Le Conseil décide que, si 12 élèves au moins se font inscrire pour ce cours, il sera de nouveau organisé l'année prochaine.

Le Conseil remercie MM. les professeurs des cours préparatoires pour le concours qu'ils ont prêté à l'Ecole.

Proposition d'élèves internes pour soigner les malades de la clinique.

MM. Sauvez, Dubois, Godon, Francis Jean et *Roy* prennent part à la discussion.

Le Conseil, désireux d'assurer le service de la clinique, notamment pendant les vacances, décide de confier le traitement des malades à deux élèves diplômés sous la direction du professeur de service. Ces élèves recevront une indemnité mensuelle et seront présents tous les jours de 9 h. du matin à midi.

Rapport de M. Martinier sur le programme d'examen des apprentis mécaniciens-dentistes.

Le programme est adopté.

Rapport de *M. Martinier* sur le concours de professeur suppléant de thérapeutique spéciale, proposant la nomination du Dr Roy comme professeur suppléant de thérapeutique spéciale (Adopté).

Rapport de *M. Roy* sur le cas d'un élève qui demande qu'il lui soit délivré ses 11e et 12e inscriptions.

Le Conseil décide que cet élève devra se mettre en règle avec les règlements et qu'il sera statué à la session de septembre.

Engagement des employés.

M. Godon donne lecture d'un projet d'engagement à faire signer aux employés.

MM. Martinier, Godon, Roy, Dubois et *Sauvez* prennent part à la discussion.

Le projet, rédigé par M. Roger, conseil judiciaire de l'Ecole, est adopté.

Des vacances sont accordées aux employés à condition que le service de l'Ecole soit assuré.

Révision de la brochure.

M. Godon fait part d'une proposition de M. Mony, éditeur, concernant la brochure.

Admissions.

Mme Ve Hébert, de Gisors, présentée par MM. Viau et Horay.
M. Falcoz, de Paris, présenté par MM. Beaussillon et Cornelsen.

Demandes d'admission.

MM. Gerbaud et Boniquet.

M. Prével est autorisé à prendre un congé de trois mois.
La démission de M. Legros comme démonstrateur est acceptée.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire adjoint,
Dr Roy.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

Séance du 24 septembre 1895.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Bioux, d'Argent, Dubois, Godon, Legret, Loup, Löwenthal, Martinier, Prest, Roy, Sauvez et Viau.

M. Godon annonce la mort du fils de M. Francis Jean, et adresse à ce dernier, au nom du Conseil, l'expression de la sympathie de ses collègues.

Il annonce également la mort de M. Morda, membre fondateur du Cercle des dentistes, et présente à la famille les regrets du Conseil.

M. Godon se félicite du succès du Congrès de Bordeaux, organisé par l'Ecole, et du rôle brillant qu'y ont joué les diplômés de l'Ecole.

Correspondance.

Lettre de *M. Mercereau*, priant de verser à la caisse de prévoyance la somme de 20 francs, montant d'un litige avec l'Ecole résultant d'une erreur à son détriment.

Des remerciements lui sont adressés.

Lettre de M. S. réclamant un certificat au sujet des inscriptions de son fils.

Le Conseil s'en tient à sa précédente délibération.

Lettre de *M. Thioly-Regard*, de Genève, au sujet d'une lettre de M. Guillemin insérée dans le journal *l'Odontologie*.

Lettre de *M. Samson*, d'Aix, demandant son admission en 3e année.

Lettre de *M. Bruno*, informant le Conseil qu'il vient d'obtenir le diplôme d'Etat en Belgique et remerciant les professeurs de l'Ecole dont les leçons lui ont permis ce succès.

M. Godon annonce que l'Ecole a reçu la visite de M. Harlan, de Chicago.

Il informe le Conseil que tous les employés ont signé l'acte voté à la dernière séance.

Lettre de l'inspecteur d'Académie, informant que, de l'avis de

M. Gréard, la plainte de M. B., élève, ne peut comporter aucune suite.

L'élève F. s'est fait inscrire à l'Ecole en octobre 1894 et ne s'est pas présenté à l'examen d'entrée ; il lui a été remboursé la moitié des droits qu'il avait consignés, étant considéré comme ayant échoué à cet examen.

Le service de l'interne voté à la dernière séance a fonctionné pendant les vacances. M. Scribot D. E. D. P. a fait le service et a soigné 60 malades en un mois.

Demandes d'admission.

M. Whiting, chirurgien-dentiste à Vichy, présenté par MM. Godon et Roy.

M. Harwood, chirurgien-dentiste à Lyon, présenté par MM. Godon et Dubois.

M. Diparraguère, chirurgien-dentiste à Bordeaux, présenté par MM. Dubois et Loup.

Démission.

M. Prest, de Calais.

Renvoyé au trésorier.

M. Godon propose que le cours de M. Monnet (thérapeutique et matière médicale) dure pendant les deux semestres.

La brochure annuelle est mise en discussion ; prennent part à celle-ci MM. *d'Argent*, *Dubois*, *Godon* et *Sauvez*.

M. Roy propose une modification relative à la délivrance du diplôme de l'Ecole ; cette proposition est prise en considération et renvoyée à la Commission d'enseignement.

La commission d'enseignement propose de renvoyer au Conseil du corps enseignant la décision à prendre sur la situation de certains professeurs qui ne font pas de cours.

Adopté.

L'ensemble de la rédaction de la brochure est adopté.

M. Martinier demande la nomination d'une commission spéciale chargée de réorganiser l'enseignement de la prothèse.

MM. Martinier, Viau, Löwenthal, Francis Jean et Bioux sont nommés membres de cette commission.

Pétition présentée par 7 élèves demandant une prolongation de l'examen pratique en raison du service des vacances.

M. Martinier propose d'accorder jusqu'au 25 septembre.

M. Berthaux, de Soissons, informe l'Administration de l'Ecole qu'il offre, comme les années précédentes, des volumes comme prix aux lauréats de l'année scolaire 1894-95.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

M. L. élève de 3e année, demande à être dispensé de recommencer certaines épreuves.

Refusé.

Lettre d'un professeur relative à un incident d'examen sur lequel il est statué.

La séance est levée à minuit 1/2.

Le Secrétaire adjoint,
Dr Roy.

Séance du 15 octobre 1895.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard. d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Prest, Prével et Sauvez.

M. le Secrétaire général donne lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Lettre de M. Houdoux, qui pose sa candidature au poste de démonstrateur.

2° Lettre de M. Faloy, même candidature.

Renvoyées à la Commission d'Enseignement.

M Godon fait les propositions suivantes qui sont renvoyées à la Commission d'Enseignement.

1° Etudier la situation des chefs de clinique et des démonstrateurs, et établir un tableau de service précis pour l'année scolaire.

2° Lettre de candidature de M. le Dr Chantebois.

3° Lettre de M. X. demandant à être dispensé de la 1re année scolaire.

Renvoyées à la Commission d'Enseignement.

Admissions d'élèves.

Sont admis en 1re année : M. Paillard, M. Barjavel, Mlle Weil.

M. Huet, en 3e année.

M. Samson sera admis en 3e année pourvu qu'il fournisse la dispense de la Faculté de médecine.

M. César Hiden est admis en 3e année.

M. Ficher, ne désirant pas le diplôme d'Etat, est admis en 1re année.

M. P... demande à entrer en 3e année.

Refusé.

M. Prével donne lecture du rapport de la commission des fêtes et conclut en demandant un crédit de 1,000 fr.

Adopté.

M. d'Argent présente une note pour frais de peinture des appartements des employés.

Le Conseil ratifie ces dépenses.

M. Martinier donne lecture des noms des élèves admis en 2e et 3e année et au diplôme.

Adopté.

M. S. demande au Conseil de lui accorder les points qui lui manquent pour avoir droit au diplôme.

Refusé.

M. Martinier donne lecture des attributions des prix.

Adopté.

Il propose de donner deux prix pour les cours théoriques comme on en donne deux pour les cours pratiques.

Adopté.

Il donne ensuite lecture d'une lettre de M. Roy.

Renvoyé au Conseil d'Enseignement.

M. Bonnard dépose une proposition.

Renvoyé à la Commission d'Enseignement.

M. F. Jean propose que tous professeurs donnant des leçons particulières aux élèves ne puissent les interroger aux examens.

Renvoyé à la Commission d'Enseignement.

M. Bioux donne lecture de son rapport sur l'enseignement de la prothèse.

Adopté.

M. Martinier fait plusieurs propositions pour le laboratoire de prothèse.

Adopté.

Proposition d'un concours de chefs de clinique de prothèse.

Adopté.

M. Godon donne lecture d'une lettre de M. Heidé, portant modification de l'enseignement de la dentisterie opératoire.

Renvoyé à la Commission d'Enseignement.

M. Lemerle demande que son service soit réduit à deux présences par semaine à l'Ecole.

Renvoyé à la Commission d'Enseignement.

M. Bonnard donne lecture de son rapport sur les admissions et demande l'application de l'article 52 du règlement, paragraphe 6.

Adopté.

Admissions.

Sont admis comme membres à la Société :

M. Boniquet.

M. Diparraguère, présenté par M. Dubois et Loup.

Le Conseil décide qu'il sera accordé comme prix la remise des droits d'examen aux apprentis lauréats du concours de prothèse.

La séance est levée à minuit.

Pour le Secrétaire adjoint,
A. LOUP.

Le Secrétaire général,
FRANCIS JEAN.

Séance du lundi 28 *octobre* 1895.

Présidence de M. Ch. GODON, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, P. Dubois, Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Loup, Martinier, Roy et Sauvez.

Correspondance.

Lettre de *M. Bourgeois*, député, ancien ministre de l'Instruction publique, acceptant la présidence de la séance d'inauguration fixée au jeudi 7 novembre 1895.

Lettre de *M. le Dr Pinet*, professeur à l'Ecole, acceptant de faire la conférence de la séance de réouverture.

Lettre de *M. Gillard*, donnant sa démission de professeur.

Le Conseil charge son président de faire ses efforts pour faire revenir M. Gillard sur sa décision.

Attribution de médailles à deux des membres du corps enseignant.

M. le Secrétaire général donne lecture des titres des professeurs, chefs de clinique et démonstrateurs ayant au moins dix ans de service.

La médaille d'or est attribuée à M. Blocman, professeur.

La médaille d'argent à M. de Lemos, démonstrateur.

Il sera accordé à M. Lecaudey une médaille rappelant la décoration qui lui a été accordée.

Rapport de *M. Prével* au sujet de la séance d'inauguration. Il propose

de convier au punch tous les membres de la Société habitant Paris (Adopté).

M. Francis Jean donne lecture de lettres :

1° De M. Poinsot demandant un congé d'un an (Accordé) ;

2° De M. Jacowski, démonstrateur, posant sa candidature au poste de chef de clinique.

Admissions d'élèves.

MM.	Eulitz	en	1re année.
	Cernéa	—	—
	Roques	—	2e année.
	Wielowieyski	—	3e année.
	Bonnail	—	3e année.

Demande de crédit pour affiches (Accordé).

M. Francis Jean propose d'offrir aux professeurs des cours préparatoires au certificat d'études d'être indemnisés au prorata du nombre des élèves inscrits à ces cours (Adopté).

La séance est levée à minuit 1/4.

Le Secrétaire adjoint,
Dr Roy.

Le Secrétaire général,
Francis Jean.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois, payables d'avance.)

DIPLOMÉ de l'Ecole dentaire de Paris demande situation Paris ou province. Reprendrai aussi bon cabinet. S'adresser au bureau du journal, initiales D. G. 8.

A REPRENDRE dans une ville de l'Est un cabinet faisant 18,000 francs d'affaires. Affaire sérieuse. S'adresser chez MM. Reymond frères, 44, Place de la République, Lyon.

CABINET A CÉDER, pour cause de santé, dans Préfecture, grande maison avec jardin (*loyer très avantageux*), beau chiffre d'affaires. On céderait pour 4.000 francs comptant. S'adresser au bureau du journal sous les initiales V. Q.

POUR CAUSE DE DÉPART à l'étranger, on céderait, pour le prix de l'installation, joli cabinet de chirurgien-dentiste au centre de Paris. S'adresser chez M. Guillois, fournisseur, rue Richer.

A CÉDER, pour cause de santé, dans l'Ouest, un cabinet dentaire existant depuis vingt ans. Recette annuelle des dix dernières années de 20 à 25.000 francs. S'adresser à M. F. Jean, rue Tronchet, 32.

A CÉDER, pour cause de santé, un cabinet en province, dans l'Est. Joli pays, bien placé. Affaires 15 à 18.000 fr. par an. On traiterait pour 10.000 fr. S'adresser au journal, initiales E. O.

DENTISTE D. D. S., patenté en France, ayant été premier opérateur dans un des grands cabinets de Paris, cherche à devenir associé ou acquéreur d'une bonne maison à Paris. S'adresser à M. C. Cornelsen, rue Saint-Marc, 16, Paris.

UN DENTISTE, faisant environ 40.000 fr. d'affaires par an, cherche un acquéreur. Cabinet bien situé, au 1er étage, près de la Madeleine. Bail avantageux. M. C. chez Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER cabinet dentaire, trente années d'existence, en totalité ou en partie. Chiffres d'affaires 20.000 francs. — Loyer 1.500 fr. — Une année d'essai. — S'adresser « Alpha » M. Cornelsen, 16, rue St-Marc.

OPÉRATEUR mécanicien, 33 ans, parlant français, anglais et italien, demande situation, Paris.

Matériel de cabinet et d'atelier, neuf, à vendre. S'adresser à la Rédaction. M. W.

OUTILLAGE de dentiste à céder dans de bonnes conditions. S'adresser à M. Bornat, rue des Poissonniers, 35.

OPÉRATEUR mécanicien demande un emploi Paris ou province. S'adresser à M. Scribot, 15, rue Albouy, Paris.

ON DEMANDE associé ou acquéreur pour un cabinet dentaire à Paris avec succursale à la campagne. Fondé depuis 18 ans, ce cabinet possède une clientèle sérieuse. Conditions avantageuses avec grandes facilités. Pour renseignements écrire au docteur Kouindjy, 42, rue Meslay. Pour remettre à M. C. L. P.

UN DIPLOMÉ de la Faculté de médecine de Paris et de l'Ecole dentaire de Paris, 22 ans, demande une place d'opérateur Paris ou province. S'adresser à M. Weber, 4, rue Jean-Leclair, Paris.

UN JEUNE MÉDECIN-DENTISTE allemand, diplômé de l'Université de Berlin, au courant des opérations et connaissant bien le travail du métal et du caoutchouc, désire trouver une place à l'étranger. Appointements modérés. S'adresser au bureau du journal aux initiales P. B.

ON DEMANDE un opérateur diplômé, de nationalité française, pour l'Amérique du Sud. Conditions avantageuses. S'adresser à M. Dubois, bureau du journal.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1895-96 (Seizième année)

Ch. GODON, DIRECTEUR.
Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties: l'une **Théorique**, l'autre **Pratique** ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique**. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre, après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Q, Président-Directeur.

G. Viau, ✦, Vice-Président.
Francis Jean, ✦, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.	**P. Dubois.**	**Legret.**	**Stévenin.**
J. Bonnard.	**Jeay.**	**Loup.**	**Löwenthal.**
J. Choquet.		**Papot.**	**Ed. Prest.**

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✦, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✦, —

A. Aubeau, Q. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✵ Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✦, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher Q, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✦, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS

G. Blocman, Q, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, Q, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, Q, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✦, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Q, Dr en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✦, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, Q, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Roy.
Dr Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard Q, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT, BIOUX (L.), LEGRET, LOUP, MARTIAL-LAGRANGE Q. — D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG Q, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL, PREST (Ed.) — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD, BILLEBAUT, CHOQUET (fils), D'ALMEN, DE CROES, DELAUNAY, DE LEMOS, DENIS (Em.), DUVOISIN, HOUBRIET, JACOWSKI, JEAY — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS, MARTIN, PAULME, STEVENIN, BILLET, FANTON-TOUVET (Ed.), FRESNEL, JOSEF — D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

MEUNIER, HIRSCHBERG, MOUTON (F.) — D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1895

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Legret, *vice-président.*
Papot, *vice-président.*

M. Dr M. Roy, *secrétaire général.*
Billet, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

Paris.

MM. Claser.
d'Argent.
Devoucoux.
Godon.
Francis Jean.
Lemerle.
Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Rollin.
Viau, ✿.

Province.

Nord-Est.

MM. Audy, Senlis.
Chouville, Saint-Quentin.

Sud-Est.

Dr Guillot, Lyon.
Schwartz, Nîmes.

Nord-Ouest.

Coignard, Nantes.
Richer, Vernon.

Sud-Ouest.

Douzillé, Agen.
Torres, Bordeaux.

COMITÉ SYNDICAL

M. Claser.

M. Rollin, secrétaire.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Devoucoux.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✿.

M. Poinsot ✿.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✿.
Berthaux.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✵, ✿.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association, contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

15e ANNÉE. DÉCEMBRE 1895 IIe SÉRIE. VOL. 2. No 12.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ORGANISATION DES ÉCOLES DENTAIRES EN PROVINCE

Rapport au Congrès de Bordeaux

par M. P. Dubois,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

Commission : MM. BRUGEILLE, DUBOIS, GODON, GRIMARD, Dr QUEUDOT, ROUSSET.

I. — PRÉLIMINAIRES.

En mettant à l'ordre du jour du premier Congrès Dentaire National la question de l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire en province, les bureaux qui ont été chargés de préparer vos travaux ont voulu montrer leurs préoccupations d'intérêt général. Il n'en est pas de plus haute et de plus actuelle, et c'est pour moi un grand honneur d'avoir à vous présenter les données du problème et ses solutions possibles.

La loi de 1892, en obligeant à des études spéciales ceux qui voudront exercer l'art dentaire à l'avenir, a, entre autres heureux effets, établi la nécessité de créations d'écoles dentaires dans les grands centres, c'est-à-dire dans les villes où, par la force des choses, s'est constitué l'enseignement de la médecine.

Si l'augmentation du public étudiant n'avait pour résultat que de créer une pléthore en faveur des écoles parisiennes, le bénéfice ne serait pas aussi considérable que si elle a pour conséquence de montrer aux dentistes de toutes les parties de la France qu'ils ont non seulement avantage à se grouper, comme beaucoup viennent heureusement de le faire, afin de défendre leurs intérêts matériels, mais encore à faire œuvre d'avenir et de véritable progrès en établissant des centres d'enseignement.

Les écoles provinciales auront pour premier effet de diminuer de beaucoup les frais d'instruction et de rendre possible une sur-

veillance familiale plus étroite. A ces avantages d'ordre intime s'en ajoute un de la plus haute importance : la nécessité de l'émulation entre les différentes écoles françaises, la concurrence sur le terrain scientifique et technique entre les dentistes d'une même région pour pouvoir obtenir des postes dans le corps enseignant de l'école régionale.

Les avantages sont évidents et n'ont pas besoin d'ample démonstration ; ce qui offre matière à discussion, c'est le moyen de les assurer.

II. — Aperçu sur les écoles étrangères.

Avant d'exposer ce qu'on pourrait faire en France, il est bon d'examiner, au moins sommairement, ce qui s'est fait à l'étranger.

En Amérique, ce pays où la capitale a été placée dans une ville d'importance secondaire, l'enseignement dentaire provincial a été, en quelque sorte, spontané. Ce n'est pas dans une très grande ville que la première école dentaire a été fondée. Baltimore, en 1840, avait une importance beaucoup moindre que Bordeaux en 1895. La valeur de ses praticiens était certainement moindre que celle des confrères éminents qui collaborent avec nous à ce Congrès, ou de ceux qu'on peut trouver dans toutes nos grandes villes de France. Mais nos modèles américains avaient en plus l'esprit d'initiative, la pratique et le goût de l'association, conséquences de leur histoire, du milieu dans lequel ils se trouvaient, et les qualités héréditaires de la race anglo-saxonne transportée dans le Nouveau Monde.

L'exemple et le succès de l'Ecole de Baltimore lui donnèrent, en quelques années, des émules et, chose remarquable, dans des villes et dans des Etats qui n'occupent pas les premières places dans la grande République. Ce n'est que vingt-six ans après, en 1866, que fut fondé le Collège dentaire de New-York. Chicago, qui compte actuellement huit écoles, ainsi que nous l'apprend l'excellent rapport de mes amis Godon et Ronnet [1], n'en avait pas encore une seule en 1881.

Les écoles américaines des villes secondaires ne se différencient pas essentiellement de leurs concurrentes de New-York et de Chicago, et l'on fait d'aussi bonnes études à Boston qu'à Philadelphie, à Baltimore qu'à San-Francisco.

On voit donc que dans ce pays la vitalité des écoles dentaires n'est pas l'apanage exclusif des grands centres et que, partout où se sont rencontrés des éléments professionnels actifs, l'école a surgi.

Quel que soit le siège de ces institutions, leur organisation est la même : l'Etat n'y participe en aucune manière, il n'accorde ni subvention, ni locaux ; les nominations dans la direction et le corps enseignant se font absolument en dehors de lui. L'Ecole américaine, œuvre de quelques dentistes et médecins associés

---

1. Ch. Godon et Ronnet, *Une mission en Amérique*. Rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique. Paris, J.-B. Baillière.

dans ce but, ne relève que d'elle-même. J'ai, jadis, signalé les inconvénients de ce système [1]. L'Ecole devient une maison de dentisterie à bon marché, l'abaissement des exigences d'examen et du niveau des études en ont été pendant longtemps la conséquence.

Les Américains l'ont si bien senti qu'ils ont créé une sorte de syndicat des écoles dentaires américaines (*Association of Dental Faculties*), chargé de dresser un programme minimun portant sur les connaissances préliminaires, la durée de la scolarité et les matières d'études.

Cette Association devient l'interprète des intérêts généraux de la profession, sert de correctif aux abus engendrés par les écoles lorsque la collectivité n'a aucun pouvoir de surveillance et de contrôle.

En Angleterre, les trois écoles de la capitale : *Dental Hospital of London and London School of Dental Surgery, National Dental Hospital and College, Guy's Hospital and Dental School*, ont des similaires à Manchester, à Liverpool, à Birmingham, à Edimbourg, à Glascow et à Dublin. En dehors de ces écoles, où il se fait un ensemble de leçons pratiques et théoriques sur l'art dentaire, il existe dans plusieurs hôpitaux un enseignement clinique et pratique assez bien organisé.

Dans l'école dentaire anglaise, les cours ne portent que sur les matières spéciales : anatomie, physiologie, pathologie, chirurgie et mécanique dentaires ; les connaissances de médecine générale sont données dans les écoles de médecine.

Les conditions de fonctionnement des écoles provinciales sont, d'après nos informations, analogues à celles de la métropole. Dues à des fondations particulières ou rattachées à des hôpitaux qui ont la même origine, elles sont contrôlées par le Collège Royal des Chirurgiens, l'une des plus hautes autorités médicales du pays, à qui le gouvernement a donné une délégation pour surveiller l'enseignement et décider sur les aspirants à la pratique légale et complète.

La création des cours, les nominations dans le corps enseignant, l'élaboration des programmes sont sous la dépendance de la direction de l'école elle-même ou de l'hôpital dont elles sont des annexes. Le gouvernement se borne à un rôle de surveillant, afin d'empêcher que l'institution ne soit détournée de son but : l'intérêt public.

On le voit, cette organisation est quelque peu différente de celle des Américains ; les écoles ne rapportent pas de bénéfices d'argent à ceux qui les dirigent ; les institutions charitables dont elles dépendent, les comités de patronage qui sont à leur tête, la surveillance du Collège des chirurgiens, en font des institutions d'intérêt public. Elles ont néanmoins une grande indépendance, car l'Etat n'a pas de participation réelle à leur gestion.

---

1. P. Dubois, *L'Organisation de l'Art dentaire aux Etats-Unis*. Paris, Berthier, 1888.

Nous avons défendu ce système [1] lors de l'élaboration du plan actuel d'études et nous sommes heureux de constater que c'est celui qui a prévalu, et qu'actuellement les écoles dentaires françaises sont dans une situation analogue aux écoles anglaises.

En Allemagne les écoles dentaires sont de création récente et postérieure à la fondation de nos écoles parisiennes. Pendant longtemps, les études faites dans les écoles publiques pour obtenir le grade de chirurgien-dentiste étaient exclusivement médicales ; ce n'est qu'à la suite de l'Amérique, de l'Angleterre, de la France et de la Suisse, que le gouvernement allemand a senti la nécessité d'organiser des écoles spéciales pour l'art dentaire. L'état de division créé par la loi sur l'exercice de l'art dentaire en Allemagne n'aurait pas permis une entente pour fonder des écoles libres.

En dehors de l'école dentaire de Berlin, on compte en Allemagne nombre d'écoles. Nous citerons celles de Breslau, de Leipzig, d'Iéna, de Halle, de Kiél et d'Erlangen.

Elles sont une dépendance des Universités qui, on le sait, ont dans ce pays une organisation autonome, délivrant les inscriptions, recevant les droits, décidant sur la création de cours et nommant leurs professeurs à leur gré. Ceux-ci ne sont titularisés qu'après un long délai et pour des mérites exceptionnels. L'enseignement est donné, sous forme de cours libres, par des *privat-docenten*, percevant à leur profit une rétribution des étudiants en sus des droits universitaires.

Quelques cours sont communs aux étudiants en médecine et aux étudiants dentistes.

Si nous prenons la plus importante des écoles provinciales allemandes, celle de Breslau, nous voyons que les cours existants pour le semestre d'hiver 1895-96 sont les suivants :

1° Chirurgie générale, trois fois par semaine ;

2° Tumeurs de la bouche, une fois par semaine ;

3° Dents à pivots et couronnes artificielles, une fois par semaine ;

4° Chapitres choisis de pathologie et de thérapeutique des maladies des dents, une fois par semaine ;

5° Polyclinique des malades des dents et de la bouche, tous les jours, de huit à dix heures ;

6° Cours pratiques pour l'obturation, tous les jours, de deux à quatre heures ;

7° Cours de technique dentaire, tous les jours, de quatre à six heures.

Le laboratoire de technique dentaire est ouvert tous les jours, de neuf heures à midi et de deux heures à six heures, pour les travaux des étudiants.

Il est fait, en outre, des leçons spéciales sur :

---

1. P. Dubois. *L'Enseignement de l'art dentaire sous l'empire de la loi de* 1892. *Revue Internationale d'Odontologie*, mai 1893, p. 193.

Du rôle des écoles dentaires pour les études de chirurgie dentaire. Rapport présenté au Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, *Odontologie*, mars, p. 129.

L'anatomie de la tête humaine, deux fois par semaine ;
Des chapitres choisis de physiologie, deux fois par semaine ;
Des chapitres choisis de thérapeutique et de matière médicale, deux fois par semaine.

Ce n'est plus l'école américaine, exclusivement professionnelle dans ses origines et son organisation ; ce n'est plus l'école anglaise, encore gérée par les professionnels, sous la haute surveillance des autorités médicales; on est en présence d'une branche de l'enseignement supérieur. Les professeurs dentistes font partie d'un tout où il n'y a place pour eux qu'au second plan ; les ressources financières sont plus restreintes; les concours gratuits peuvent être plus difficilement demandés.

Dans l'école allemande la spécialité s'affirme moins. C'est pourquoi, croyons-nous, les études y sont, ou du moins y étaient, il y a quelques années, d'une valeur pratique moindre que dans les bonnes écoles américaines, et cela de l'aveu du plus distingué professeur de l'école de Berlin.

En Russie, en Italie, dans les pays scandinaves, l'enseignement de l'art dentaire se donne dans des cliniques spéciales, qui ne peuvent entrer en parallèle avec les institutions que nous venons de passer en revue. Elles peuvent être prises comme modèles par des villes secondaires voulant faire œuvre d'assistance, ou voulant établir un enseignement préparatoire ; mais nous ne pouvons nous inspirer de leur exemple pour établir des écoles chargées de délivrer des inscriptions, conformément aux règlements en vigueur.

III. — Organisation-type d'une école provinciale.

En semblable matière nous n'avons pas à copier ceux-ci ou ceux-là ; les exemples et l'expérience des autres ne peuvent nous servir que d'indications et nous avons à rechercher, étant donné l'état actuel de notre situation professionnelle, — au point de vue des forces à mettre en œuvre et des obligations légales et administratives, — comment on peut établir sur la surface de notre pays des centres d'instruction assurant à ceux qui nous suivront dans la carrière le maximum de savoir technique, d'aptitude scientifique pour placer au premier rang le dentiste français.

IV. — Charges.

Tout d'abord, il est nécessaire de connaître les obligations légales et réglementaires pour constituer une école.

Les écoles dentaires sont soumises aux prescriptions des lois de 1875 et de 1881 sur l'enseignement supérieur, et du décret du 31 décembre 1894 ; ce dernier dit :

Peuvent délivrer les inscriptions exigées en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire qui justifient :

1° *Que leur enseignement comprend au moins un cours d'anatomie et de physiologie, un cours de pathologie, un cours sur la pathologie*

et la thérapeutique spéciales de la bouche, un cours de clinique dentaire ;

2° *Que leur personnel enseignant comprend au moins trois docteurs en médecine ;*

3° *Qu'ils disposent au moins d'une salle de cours, d'une salle de clinique, d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie, d'une salle de dissection anatomique, le tout muni des instruments et appareils nécessaires à l'enseignement et aux travaux pratiques des élèves.*

Ainsi :

1° Quatre cours au minimum sont exigés ; deux ou plus de ces cours peuvent être confiés au même professeur.

2° Quant au personnel enseignant, il peut être recruté comme bon semble aux fondateurs et directeurs des écoles, du moment que trois docteurs en médecine figurent dans le corps enseignant.

3° Quant aux locaux et au matériel, il est imposé d'avoir trois salles, une pour les cours, une pour la clinique et une pour la dissection, auxquelles s'adjoindra un laboratoire d'histologie et de bactériologie.

Le décret ne parle pas de la prothèse. Nous ne pouvons faire comme lui et nous en désintéresser. Les dentistes ne peuvent admettre qu'une école dentaire ne fasse pas une place à cette partie importante du travail professionnel. Donc, un cours de prothèse, facultatif de par les règlements, est obligatoire de par les nécessités de la pratique et de l'enseignement. Les écoles américaines, anglaises, allemandes et françaises existantes ont toutes un enseignement de la prothèse et les écoles provinciales ne peuvent s'en dispenser sous peine de déchéance.

Cela fait donc, au minimum, cinq cours.

A ces cinq cours on doit ajouter des démonstrations de dentisterie opératoire et des exercices pratiques de dissection, d'histologie et de bactériologie.

Il est certain qu'un seul professeur de clinique ne peut suffire pour la démonstration de la dentisterie opératoire : traitement, obturations plastiques, aurifications, extractions, et donner, en même temps, un commentaire clinique des cas soignés. Un assistant est au moins nécessaire ; qu'il porte le nom de professeur suppléant, de chef de clinique ou de démonstrateur, peu importe ; mais sa présence quotidienne est indispensable. Cet assistant peut faire le service à titre gratuit ; cependant, il est préférable qu'il reçoive une indemnité. Il en est de même pour les démonstrateurs de dissection, d'histologie et de bactériologie, seraient-ils déjà membres du corps enseignant et chargés d'autres cours.

D'après ces indications et dans l'hypothèse d'une école à ses débuts, à quelles charges financières les exigences ci-dessus répondent-elles ?

Dans nos écoles parisiennes la scolarité comprend un ensemble de trente-cinq leçons par cours, et pour chacun d'eux il est accordé une indemnité de 500 francs.

Cette indemnité est faible ; pourtant, puisqu'elle est acceptée à Paris, on peut la prendre pour base.

Les charges se résument ainsi :

Cinq cours à 500 francs par cours........	2.500 fr.	3500 fr.
Démonstrations de dentisterie opératoire.	250 »	
Démonstrations de dissection, d'histologie et de bactériologie......................	750 »	
Dépenses du personnel enseignant.......	3.500 fr.	

A cela viennent s'ajouter :

1° La location du local qu'on peut évaluer au minimum à....................................	1.500 fr.
2° Les dépenses pour la clinique et les laboratoires..	500 »
3° Le paiement des services pour secrétariat, entretien et garde du local............................	1.500 »
3° Intérêts du capital de premier établissement et frais divers....................................	1.000 »
Total...........	8.000 »

Ces frais peuvent être réduits dans le cas où la municipalité considérerait qu'il y a avantage pour la ville à créer dans son sein un enseignement nouveau et que la clinique d'une école dentaire fait œuvre d'assistance au profit des malades pauvres. A notre avis, le moins qu'elle puisse faire c'est de prêter le local où cette œuvre d'assistance s'exerce, ce qui réduit donc les frais à 6.500 fr.

Telles sont les charges annuelles minimum d'une école libre.

Il nous reste à dire un mot de ses premiers frais d'établissement. Ils ne sont pas très élevés, si l'on admet qu'une école peut commencer avec une dizaine de fauteuils et un matériel assez restreint : 5.000 francs peuvent suffire pour cela.

De plus, il est nécessaire d'avoir en réserve 5.000 francs, afin de satisfaire à l'imprévu et aux insuffisances de recettes des premières années.

Cette partie du capital de premier établissement peut être souscrite sans être versée immédiatement.

La forme de *société à capital variable* est la plus économique et la plus simple.

V. — Ressources.

Une école dentaire doit être au-dessus de tout soupçon de mercantilisme. Elle doit puiser la plus grande partie de ses ressources dans la rémunération du service professionnel rendu : la préparation à la pratique. Elle ne doit pas devenir, comme l'école dentaire américaine, une maison de dentisterie à bon marché, faisant aux dentistes de la ville une concurrence désastreuse.

Instituée pour et par la profession, elle ne doit pas léser les intérêts légitimes de ceux qui l'exercent. C'est pourquoi nous ne faisons pas entrer en ligne de compte une rétribution donnée par les patients. Que certaines matières premières coûteuses, comme l'or,

soient remboursées, c'est tout ce qu'on peut demander à cet égard.

Les subventions de l'Etat, du département ou de la ville, le concours des associations professionnelles et des mieux intentionnés de leurs membres, ainsi que des personnes charitables, peuvent combler le déficit laissé par les inscriptions ; mais on ne doit pas faire appel à ce qu'on pourrait dénommer la ressource clientèle.

La ressource principale consiste donc dans les droits scolaires payés par les étudiants. Le décret du 14 février 1894 établit ainsi les droits d'études, dans le cas où le Gouvernement installerait des écoles officielles.

Les droits à percevoir des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste sont fixés ainsi qu'il suit :

12 *inscriptions à* 32 *fr.* 50, *y compris le droit de bibliothèque*	390 *fr.*
Travaux pratiques payables par trimestre :	
1re *année*	60 »
2e *année*	130 »
3e *année*	130 »

Soit un total de 710 francs, auquel il faut ajouter 250 francs pour droits d'examen et de diplôme.

Si l'on ne s'occupe que des premiers, on voit que les études proprement dites sont comptées à raison de 236 fr. 65 par an.

Il est évident que ce chiffre est au-dessous du prix de revient et que, dans ces conditions, on met à la charge des contribuables une partie du fardeau, ou bien qu'on se contente d'un pseudo-enseignement dentaire, en limitant les cours spéciaux à un ou deux, en organisant un semblant d'enseignement clinique comme celui qui existe dans les hôpitaux parisiens ; enfin, en constituant les écoles d'Etat avec un programme plus restreint que le programme minimum établi par le décret du 31 décembre 1894, l'Etat ferait moins qu'il n'exige des autres.

Les écoles américaines et anglaises, qui sont réellement des écoles spéciales, demandent plus.

L'école d'Edimbourg, par exemple, fixe les droits à payer pour deux années à 644 fr. 25 ou, pour une année, à 322 francs.

Ces prix sont plus élevés à Londres, mais nous laissons de côté les écoles établies dans les villes métropolitaines.

Il n'est pas fait mention ici des cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie générales, qui sont suivis en Angleterre pendant les deux premières années dans les écoles de médecine, et donnent lieu à la perception de droits s'ajoutant à ceux mentionnés plus haut.

En Amérique les droits sont généralement de 145 dollars, soit 761 fr. 25 par année.

A Paris, l'Ecole dentaire de Paris demande 400 francs par année à ses élèves et quoique, bon an mal an, elle en ait de 100 à 120, elle ne peut placer en réserve qu'une partie assez restreinte de ses ressources annuelles.

Nous ne voyons pas d'inconvénients à ce que les écoles provinciales abaissent le prix des études au-dessous du chiffre ci-dessus. Cela nous paraîtrait pourtant imprudent et nous prendrons le chiffre de l'Ecole dentaire de Paris pour base d'évaluation.

Pour couvrir 6.500 francs de frais, il faut 16 élèves à 400 francs par an. Si les frais montent à 8.000 francs, le nombre des élèves devra être de 20, c'est-à-dire que, chaque année, les inscriptions à scolarité complète de trois années devront être, au moins, de cinq ou six.

Ce chiffre peut être facilement atteint si l'école se présente avec un personnel enseignant capable.

Il est donc possible d'avoir, dans les grands centres régionaux, des écoles vivant de leurs propres ressources, sans rien demander à l'Etat ou à la clientèle de la clinique. Elles peuvent, néanmoins, recevoir une aide des sociétés professionnelles, des dentistes, des municipalités, des philanthropes, qui verront en elles des œuvres d'intérêt général, et avec ces ressources auxiliaires combler les insuffisances de recettes des premières années ou donner un développement plus grand à l'enseignement.

Nous voulons montrer dans ce rapport ce que les dentistes des grands centres peuvent faire en s'entendant entre eux, mais cela ne nous dispense pas d'examiner quelles seraient les conditions de création et de fonctionnement d'écoles qui dépendraient des Universités, des villes ou même de l'Etat.

On sait que M. Liard, l'éminent directeur de l'enseignement supérieur, a la noble ambition de constituer en France de grandes Universités, analogues aux Universités allemandes, Universités disposant elles-mêmes d'une partie des frais d'études demandés aux étudiants et pouvant, avec plus de succès que dans l'organisation actuelle, faire appel au concours des municipalités et des personnes généreuses qui voudraient les doter. Jusqu'ici il s'est heurté à une coalition d'intérêts locaux, mais il semble que l'obstacle sera surmonté à l'une des prochaines sessions et qu'on pourra constituer des Universités ayant une liberté et une autonomie qui leur font défaut dans l'organisation autoritaire et ultra-centraliste de Napoléon Ier.

Quand ce grand progrès sera réalisé, les Universités pourront peut-être prendre l'initiative d'écoles dentaires universitaires. La Faculté de Bordeaux est entrée dans cette voie en créant un cours de laryngologie, mais il est évident que l'organisation d'un ensemble de cours constituant un enseignement dentaire complet n'est pas de réalisation prochaine.

Une école dentaire doit avoir l'appui moral des autorités universitaires, leur concours bienveillant, pour établir certains cours, ainsi que cela a été fait à Paris par l'administration de l'Assistance publique, qui a bien voulu permettre aux élèves des écoles dentaires parisiennes de travailler dans les laboratoires de dissection qui lui appartiennent.

Mais une école de ce genre ne peut être créée par une Université dans l'état actuel de notre législation. Quand la législation en aura donné le pouvoir, on peut admettre que les Universités régionales auront beaucoup à faire avant de se lancer dans cette voie. Un exemple de cette incapacité relative nous est donné par l'Université catholique de Lille, qui a organisé un enseignement dentaire très incomplet, puisqu'il ne comprend qu'un seul cours fait par un professeur auquel s'ajoutent quelques démonstrations cliniques. Cela ne cadre pas avec le décret du 31 décembre 1894 et ne peut être cité comme exemple.

Une municipalité libérale et progressiste n'a pas les mêmes entraves que les Universités. Pendant longtemps le Conseil municipal de Paris a eu l'idée d'organiser un enseignement municipal de la médecine, en s'appuyant sur l'Assistance publique, qui est sous sa direction. Malgré cela, l'idée ne s'est pas réalisée, et nous ne croyons pas que l'initiative de la création d'une école dentaire soit prise de longtemps par aucune municipalité de nos grandes villes.

Nous dirons des administrations municipales ce que nous avons dit des autorités universitaires : on doit solliciter leur concours, on doit mériter leur appui bienveillant en disant aux municipalités : « Nous travaillons à la prospérité de notre ville en la dotant d'un enseignement nouveau. Nous servons l'assistance publique qui vous incombe en donnant des soins dentaires gratuits aux malheureux. Nous avons droit à votre aide et à votre concours. »

Aux Universités on peut dire : « Toutes les branches du savoir se tiennent, et développer l'une de ses ramifications c'est apporter de nouvelles forces à la vitalité de l'ensemble.

« L'avenir est à l'enseignement des spécialités; nous vous demandons de nous aider à élever la nôtre, c'est pourquoi nous aimerions que quelques-uns de vos maîtres donnassent à nos élèves des leçons faites en vue de notre pratique spéciale. Par principe, vous accueillez ceux qui veulent s'instruire et instruire les autres. C'est pour cela que nous sollicitons votre patronage et que nous comptons sur votre bienveillance ».

Il résulte donc de ceci qu'actuellement l'école dentaire, d'origine municipale ou universitaire, n'est pas de réalisation immédiate.

Si les municipalités et les Universités ont une puissance très limitée, il n'en est pas de même de l'Etat, il enseigne ce qu'il veut et comme il le veut. Le contrôle des Chambres est intermittent et ne peut s'exercer que pour des intérêts considérables ou passionnant l'opinion publique. Les affaires des dentistes ne sont pas de celles-là, et on peut être convaincu que l'enseignement de notre spécialité aux mains de l'Etat ressemblera à ces enfants sacrifiés dont on ne s'occupe que quand tous les autres sont servis ; que les préoccupations techniques et pratiques passeront à l'arrière-plan ; que les nominations dans le corps enseignant se feront d'après les recommandations et les appuis officiels et non d'après le mérite professionnel et la valeur enseignante ; qu'on s'y éternisera

dans les postes ; qu'une augmentation ou une modification de cours seront des affaires d'Etat, et enfin qu'une augmentation du budget scolaire ne sera accordée que quand nous entrerons dans l'ère sereine des excédents de recettes, c'est-à-dire aux calendes grecques. Les candidats fonctionnaires peuvent désirer cette solution, mais nous, pauvres contribuables, déjà si chargés par les modes d'évaluation du fisc, nous ne voulons pas avoir à nous reprocher d'avoir été pour quelque chose dans les augmentations futures de notre cote de contributions.

Nous estimons que le principe : « Fais tes affaires toi-même si tu veux qu'elles soient bien faites » est applicable en matière d'enseignement comme en toute autre. Et nous estimons être plus capables qu'un chef de bureau pour connaître comment on peut préparer nos enfants et nos élèves à l'exercice de notre profession.

De toutes les solutions, celle qui confierait à l'Etat centralisé l'enseignement de l'art dentaire est, à nos yeux, la plus mauvaise, la plus opposée à l'idée de progrès, la plus contraire à la possibilité de développement et de transformation de notre art, la plus défavorable pour la lutte contre nos concurrents étrangers sur le sol national.

Il nous reste une dernière question à examiner : A qui doit-on faire appel pour fonder et assurer l'existence des écoles dentaires libres ?

Aux associations professionnelles ou aux dentistes sans participation de ces associations ?

Nous avons déjà dit notre sentiment ici et ailleurs sur les écoles où la corporation n'intervient pas : elles tendent à faire du commerce au détriment des études et des confrères.

Actuellement, les Américains essaient de réagir contre les graves inconvénients de ce système, qui a créé un si grand nombre de dentistes aux Etats-Unis que beaucoup ont de la peine à vivre de la profession, qui a aidé au développement de ces maisons de prothèse à bon marché et amené beaucoup de dentistes à délaisser cette partie importante de notre art, par suite de l'impossibilité où ils sont de lutter contre les écoles et les établissements que mon ami Ronnet a dénommés les Mazas dentaires.

La surveillance de la profession est une garantie d'honorabilité de l'institution, elle intéresse un plus grand nombre de dentistes à l'œuvre, elle réduit à leur minimum les inconvénients des cliniques, elle empêche que l'Ecole ne soit détournée de son but essentiel, et que, sous prétexte d'enseignement, on ne fasse de la clientèle à des conditions qu'on peut qualifier de concurrence déloyale. En un mot, une école dentaire doit être faite *par et pour les dentistes*, et nous ne connaissons pas de système où les intérêts corporatifs et généraux aient de meilleures conditions de développement que dans l'Ecole libre organisée par les associations professionnelles.

En conséquence, nous soumettons au Congrès les résolutions suivantes :

1° *Il est désirable qu'il se crée des écoles dentaires dans les grands centres régionaux, notamment dans les villes où il existe déjà un enseignement de la médecine;*

2° *Les écoles dentaires libres étant celles où l'action professionnelle est la plus directe et la plus puissante, c'est cette forme qui est la mieux appropriée pour donner aux étudiants dentistes le maximum de valeur pratique et scientifique;*

3° *Partout où cela sera possible, le concours et l'appui des autorités universitaires et des municipalités doit être sollicité;*

4° *Les écoles dentaires établies avec le concours des associations professionnelles régionales ou nationales satisfont mieux que les écoles d'initiative individuelle aux intérêts généraux de la corporation.*

LA RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE ET PARTICULIÈREMENT A BORDEAUX JUSQU'EN 1892

Par M. le Dr Dunogier.

(*Communication au Congrès de Bordeaux*)

On croit assez généralement que la réglementation de l'art dentaire en France est chose nouvelle et date seulement du 30 novembre 1892.

Dans une communication à la Société de Médecine pratique de Paris, du 20 octobre 1881, le Dr Th. David avait cherché à établir que « la première réglementation non équivoque des dentistes remontait à 1768 »; mais c'est encore là une erreur qui, du reste, ne saurait être imputable à l'auteur.

Des documents — véritables lettres de noblesse de la profession — recueillis un peu partout et principalement à la bibliothèque de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, aux Archives de la ville et du département, démontrent d'une manière indiscutable qu'il faut faire remonter l'origine de cette réglementation à une époque bien plus reculée.

La chirurgie, qu'il ne faut pas confondre avec la médecine, aux siècles qui nous ont précédés, fut tout d'abord l'apanage des *barbiers*, et c'était pour la *sénéchaussée de Bordeaux*, devant les chefs de la Communauté ou *bayles*, que devaient se faire recevoir ceux qui voulaient pratiquer.

« Que nul barbey no pusca leva hobrador que sia examinat per les quatre bayles deous barbeys; que nul surgian estrangey ne pusca hobra ni praticar en la deyta bila... que sia estat examinat et passat par les dits quatre bayles, etc., » est-il dit dans les Statuts de la Communauté des Chirurgiens de Bordeaux du 27 juillet 1414, les plus anciens documents qu'on ait pu recueillir sur cette Com-

munauté (Dr Pery. *Histoire de la faculté de Médecine de Bordeaux*, Doin, édit., 1888).

Plus tard, les chirurgiens, comme ceux de nos jours, éprouvèrent le besoin de « se spécialiser » [1], et l'on vit bientôt certaines de ces spécialités figurer dans les divers Statuts, édits ou ordonnances, notamment dans les *Statuta honorandæ, regiæ et salubris chirurgicæ scholæ* du 15 février 1614, où pour la première fois, croyons-nous, il est question des dentistes: . . . .

« XL. — Les oculistes, dentaires, herniaires lithotomistes et autres personnes semblables *exerçant quelque partie de la chirurgie* seront examinés et approuvés par la Compagnie, et après qu'ils auront payé les bourses et honoraires *accoutumés*, on leur lira, en la langue qu'ils sauront, les Statuts qui suivent ; ils en jureront l'observation, d'abord devant la Compagnie et le lendemain devant le Prévôt de Paris ; le tout avant qu'on leur délivre les lettres de leur profession, signées du Prévôt et scellées du sceau de l'Ecole. »

L'Ecole dont il s'agit ici était l'Ecole de Saint-Côme et Saint-Damien. Quelques années après (lettres patentes du 26 avril 1636), cette charge fut donnée au premier Médecin et, un peu plus tard, au premier Chirurgien du roi.

Dans la sénéchaussée de Bordeaux, elle appartenait exclusivement à la Communauté des Chirurgiens, érigée en corporation laïque, jusqu'au jour où celle-ci dut subir la loi commune (ce qui, du reste, ne se fit pas sans protestation de sa part), c'est-à-dire obéir au premier Chirurgien du roi ou à son Lieutenant.

En 1699 parurent de nouveaux Statuts qui étaient, à peu de chose près, la répétition des précédents et où il était également question des *dentistes, renoueurs d'os, oculistes et tous ceux exerçant telle partie de la chirurgie.*

J'en passe, pour arriver aux Statuts de 1730. Ceux-ci étaient des « Statuts généraux » donnés pour toutes les Communautés de Chirurgiens des provinces du Royaume. Pas plus que dans la loi de *ventôse*, dont nous aurons à nous occuper un peu plus tard, il n'y était question des dentistes, mais il y était fait défense « d'exercer conjointement ou séparément quelqu'une des parties de la chirurgie de faire aucune incision, opération ni pansement sans avoir été examiné, etc., » et ce « à peine de *cinq cents livres d'amende* ».

La preuve cependant que les dentistes étaient bien soumis à ces Statuts, c'est l'arrêt du Parlement de Paris du 18 octobre 1741, condamnant, *suivant les Ordonnances*, plusieurs particuliers exerçant la chirurgie sans titre, dans le ressort du Mans, notamment des renoueurs, des *dentistes* et des sages-femmes (Verdier. *De la jurisprudence de la médecine en France*, 1762).

Donc, nous avions raison de dire en commençant qu'il fallait faire remonter bien avant l'année 1768 la réglementation de l'art dentaire

---

1. Quelques-uns même exercèrent plusieurs spécialités; témoin le nommé Aucher, reçu expert dentiste à Poitiers le 14 avril 1777 et, deux ans plus tard (3 juillet 1779), expert herniaire.

en France. Il n'y a pas d'équivoque possible, et cette réglementation n'était point limitée à Paris, elle existait partout ; seulement, certaines Communautés de Chirurgiens avaient un règlement spécial ou, si l'on préfère, des Statuts propres, calqués du reste sur les Statuts généraux, mais un peu plus explicites et surtout un peu plus sévères en ce qui concernait l'apprentissage, les examens et les droits d'iceulx !

Les lettres patentes données à Versailles au mois de juin 1754, « *portant confirmation des Statuts en faveur des maîtres en l'art et science de la chirurgie de Bordeaux*, nous édifient complètement à ce sujet :

« Louis, par la grâce de Dieu, etc., nos bien-aimés les Maîtres en Chirurgie de la ville de Bordeaux, nous ayant fait remontrer, dans le courant du mois de septembre 1752, que, par notre Edit du mois de septembre 1723, et notamment par notre Déclaration du 24 février 1730, confirmative des Statuts généraux de la même année, donnés par toutes les Communautés de Chirurgiens des provinces de notre royaume, nous aurions permis aux différentes Communautés qui avoient des Statuts particuliers, ou qui seroient dans le dessein de s'en procurer, de nous en présenter les projets dans six mois, à compter du jour de l'enregistrement de ladite Déclaration dans nos Cours de Parlement, ...
que, faute par les dites Communautés de représenter leurs projets de Statuts particuliers dans le temps des six mois..., les Statuts généraux de l'année 1730 y seroient seuls observés, ...
. . . .
que, quoique ces Statuts continssent des dispositions très utiles tant pour le bon ordre des Communautés de Chirurgiens que pour les épreuves et examens..., les Maîtres en chirurgie de la ville de Bordeaux ne croyoient cependant pas devoir s'y renfermer, parce que les épreuves et examens qu'ils prescrivent sont moins considérables que ceux qu'ils sont dans l'usage de faire subir à leurs aspirants,
. . . .
que d'ailleurs cette Communauté ayant dessein de donner des marques de son zèle pour porter la chirurgie au degré de perfection digne de la distinction et de la grandeur d'une des premières villes de notre royaume, il était nécessaire pour remplir ces vues que ces Règlements continssent des dispositions particulières, qui n'avaient pu être insérées dans les Statuts généraux, dont l'objet ne peut guère regarder que les villes du royaume de la seconde classe. . .
. . . .

» *A ces causes*, voulant favorablement traiter lesdits exposants,
. . . .

» Nous, de l'avis notre Conseil... et de notre certaine science, pleine Puissance et Autorité Royale, avons approuvé, autorisé, confirmé et par ces présentes signées de notre main, approuvons, autorisons et confirmons lesdits Statuts contenus en cent quatre articles, etc.
. . . .

» Donné à Versailles, au mois de juin l'an de grâce 1754, et de notre règne le trente-neuvième.

» *Signé :* Louis.

» *Par le roi,* Phelypeaux.

» *Visa,* Machault. »

Comme la Communauté des Chirurgiens de Bordeaux, le Collège de Chirurgie de Paris demanda et obtint d'avoir ses Statuts, qui lui furent accordés par lettres patentes du mois de mai 1768, c'est-à-dire *quatorze ans* après.

Voici les articles de ces Statuts concernant les dentistes :

1754

Communauté des Chirurgiens de Bordeaux.

Titre Cinquième.

Art. LXXVI. — Ceux qui voudront exercer la partie de la chirurgie appelée herniaire, ou ne s'*occuper qu'à la cure des dents*, seront tenus, *avant d'en faire aucun exercice*, de se faire recevoir dans la Communauté ; ils subiront deux examens en deux jours différents dans la quinzaine, l'un sur la théorie, l'autre sur la pratique, devant le Lieutenant du Premier Chirurgien, les Prévôts, le Doyen et deux autres Maîtres pris à tour de rôle, l'un dans les Anciens et l'autre dans les Modernes, et seront reçus s'ils sont jugés capables, en payant les droits ci-dessous fixés pour les experts.

1768

Collége de Chirurgie de Paris.

Art. 126. — Ceux qui voudront s'occuper de la fabrique et construction des bandages pour les hernies, et ne *s'appliquer qu'à la cure des dents*, seront tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir audit Collège de Chirurgie en la qualité d'experts.

Art. 127. — Ne pourront aucuns aspirants être admis à la qualité d'experts, s'ils n'ont servi deux années entières et consécutives chez l'un des Maîtres en chirurgie ou chez l'un des experts établis dans la ville et les faubourgs de Paris, ou enfin sous plusieurs Maîtres ou experts des autres villes pendant *trois* années, ce qu'ils seront tenus de justifier par des certificats en bonne forme et par des actes d'entrée chez lesdits Maîtres ou experts, etc.

Art. 128. — Seront reçus lesdits experts, en subissant deux examens en deux jours différents dans la même semaine, après avoir présenté requête dans la forme ordinaire, à laquelle seront joints leurs extraits baptistaires, des certificats de religion et ceux de service.

Ils seront interrogés le premier jour sur la théorie, et le second sur la pratique desdits exercices par le Lieutenant de notre Premier Chirurgien, les quatre Prévôts et le Receveur en charge, en présence du Doyen de la Faculté de Médecine, du Doyen du Collège de Chi-

Art. LXXVII. — *Défenses* sont faites auxdits experts, à peine de trois cents livres d'amende, d'exercer aucune partie de la chirurgie que celle pour laquelle ils auront été reçus et *de prendre* sur leurs enseignes, placards, affiches ou billets, *la qualité de chirurgien*, à peine de cinq cents livres d'amende. Ils auront seulement la faculté de prendre celle d'experts herniaires ou dentistes.

Statuts pour la Communauté des Maîtres en l'Art et Science de Chirurgie de Bordeaux.
A Bordeaux, de l'Imprimerie de Jean Chappuis, imprimeur de l'Université, rue Désirade, MDCCLV. (Bibliothèque de la Société de Médecine.)

rurgie, des deux Prévôts et du Receveur qui en sortent, de tous les membres du Conseil et des deux Maîtres de chacune des quatre classes, qui seront successivement choisis à leur tour. S'ils sont capables dans leurs examens, ils seront admis à ladite qualité d'experts, en payant les droits ci-après pour les experts, et en prêtant serment entre les mains de notre Premier Chirurgien ou de son Lieutenant.

Art. 129. — *Défenses sont faites auxdits experts, à peine de trois cents livres d'amende*, d'exercer aucune partie de la chirurgie autre que celle pour laquelle ils auront été reçus et de *prendre* sur leurs enseignes ou placards, affiches ou billets, *la qualité de chirurgien*, à peine de *cinq cents livres d'amende.* Ils auront seulement la faculté de prendre celle d'experts herniaires ou dentistes.

(D'après David, *loco cit.)*

Les Statuts du Collège de Chirurgie de Paris différaient assez peu de ceux de Bordeaux. Les premiers contiennent un article spécial concernant l'instruction et le stage des experts ; mais ce stage étant obligatoire pour tous ceux voulant s'occuper de « quelque partie de la chirurgie », la Communauté des Chirurgiens bordelais n'avait pas cru devoir le répéter pour les experts, non plus que les pénalités à l'égard de ceux qui se livraient à l'exercice sans avoir rempli les conditions exigées par les Règlements.

Le jury différait également dans les deux villes. A Paris, les experts devaient passer les deux examens devant une Commission composée « des Doyens de la Faculté de Médecine, du Collège de Chirurgie et de plusieurs membres choisis dans les deux Ecoles » ; à Bordeaux, c'était seulement devant les membres de la Communauté des Chirurgiens.

A cette époque, Bordeaux possédait bien cependant une Faculté, mais la Faculté de Médecine et la Communauté des Chirurgiens vivant en assez mauvaise intelligence, c'est là peut-être la raison qui avait fait exclure la première.

Les lois de l'époque, on le voit, n'étaient pas tendres à l'égard des *usurpateurs de titres!* Cinq cents livres à qui prenait celui de chi-

rurgien !... De nos jours, quand il en coûte quelque chose, c'est 100 francs seulement, et encore a-t-on le choix du titre [1] ! D'aucuns y ajoutent même un bout de ruban exotique, qui prend bien vite à leur boutonnière étonnée toutes les apparences du plus envié de nos rubans nationaux ! Simple question de... tempérament !

Mais ce n'était point tout ; lorsqu'un dentiste changeait de province, alors même qu'il était en possession de ses « lettres d'expert », il était obligé de passer de nouveaux examens. Les Maîtres en Chirurgie eux-mêmes étaient, du reste, astreints à cette règle.

Enfin, quand un dentiste voulait « suspendre une enseigne audevant de sa porte et faire imprimer des billets qu'il fera distribuer au public », il devait demander au Maire et aux Jurats une permission spéciale (lettre aux Archives de la ville).

DES DROITS A PAYER POUR LA RÉCEPTION DES EXPERTS (DENTISTES ET AUTRES)

Nous ne connaissons pas les droits de réception des dentistes pour le Collège de Chirurgie de Paris, l'auteur n'ayant pas cru devoir en parler.

A Bordeaux, ils étaient de *deux cent soixante-quatre livres*, ainsi qu'il est dit en l'article 84 du Titre X, p. 31 :

Au Lieutenant du Premier Chirurgien du Roi....	20 livres.
Aux Prévôts (ils étaient deux) et Doyen, 8 livres. ci.	24 livres.
Aux deux interrogateurs (à chacun 5 livres).....	10 livres.
Au Greffier..	10 livres.
A la bourse commune.........................	200 livres.
	264 livres.

A ces 264 *livres, il faut cependant ajouter* une somme de 30 *livres*, « qui sera payée une fois seulement, tant pour les dépenses à faire pour le service divin mentionné en l'article 87, que pour l'entretien de la Chambre commune et de l'Ecole de Chirurgie » (art. 88, titre XI).

Ce service divin, que devaient faire célébrer le Lieutenant et les Prévôts, « consistait en premières vêpres la veille de saint Côme et saint Damien ; une messe solennelle, vêpres, sermon et salut ledit jour de saint Côme et saint Damien et un service le lendemain pour le repos des âmes des défunts confrères et de leurs défuntes femmes ».

C'était donc au total 294 livres.

Ces droits étaient assez élevés pour l'époque, surtout si on les compare à ceux exigés pour ce qu'on appelait « la légère expérience », c'est-à-dire pour les chirurgiens des villes (199 livres) et pour ceux des bourgs et villages (104 livres). Mais ils l'étaient peu à côté des droits à acquitter pour le « grand chef-d'œuvre », qui seul permettait d'exercer la chirurgie à Bordeaux et qu'on peut évaluer à environ seize cents livres avec *la paire de gants blancs et les jetons d'argent*, du prix de trente sols, offerts par le candidat à chacun des Maîtres présents.

1. Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Paris vient de faire condamner MM. Adler et Muller (James Miller) à 100 francs d'amende pour avoir fait précéder leurs noms du titre de *docteur*.

D'après les recherches faites par M. le Dr Pery dans *ce qui reste des registres de la Communauté des Chirurgiens*, on reçut à Bordeaux de 1754 à 1757 et de 1768 à 1786, seize experts dentistes, parmi lesquels figure la dame Leroy, en 1775 ; ce qui prouve que le Parlement de cette ville était plus galant que celui de Paris, qui avait interdit aux femmes l'exercice de l'art dentaire.

Grâce à l'obligeance de notre savant collègue et ami, M. le Dr G. Sous, Secrétaire général de la Société de Médecine et de Chirurgie, nous avons pu retrouver les noms de ces praticiens, les procès-verbaux de réception des trois premiers et les dates de réception de tous les autres.

Celui qui doit figurer en tête de la statistique de M. Pery est évidemment le sieur Jacques Laudumiey, né à Habas, dans les Landes, mort à Bordeaux en 1803, à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Voici le procès-verbal de réception de Laudumiey, d'après l'original (registres de la Communauté des Chirurgiens de Bordeaux, bibliothèque de la Société de Médecine et de Chirurgie) :

« Aujourd'huy quatorze septembre mil sept cent cinquante quatre se seroient rendus dans la Chambre de Juridiction par billet de convocation : messieurs Ballay, Lieutenant ; Larrieu, Inspecteur ; Faure, Prévôt ; Grossard, Prévôt ; Dubruel, interrogateur ; Gaussens, Doyen. et Lejeune, ayant été mandés et ne s'étant pas rendus, et ce pour interroger le sieur Jacques Laudumiey ; après avoir entendu les réponses aux questions qui luy ont été proposées par les sieurs susnomméz sur la pratique et l'arrachement des dents, la manière de les arracher et les accidents qui peuvent en survenir, de les remettre autant que de besoin, nettoyer, ôter le tartre, blanchir, plomber et ôter la corruption : l'Assemblée en a été contente et en conséquence elle a opiné et délibéré et elle l'a ressu comme elle le reçoit dans son acte et luy donne le titre de chirurgien-dentiste juré de la présente ville après avoir ressu son serment en présence de l'Assemblée et luy avons fait expédier ses lettres de maitrize de chirurgien-dentiste juré de Bordeaux. Fait et passé dans la Chambre de Juridiction, le jour, mois et an que dessus, et ont signé : Ballay, Lt ; Larrieu, Inspecteur ; Faure, Prévôt ; Grossard, Prévôt ; Dubruel, Dutoya, Mtre en Chirurgie, Greffier. »

Les deux procès-verbaux qui suivent et portent les dates des 21 et 23 septembre de la même année 1754, sont, à peu de chose près, la reproduction du précédent ; cependant, le titre de *chirurgien-dentiste* y est remplacé par celui d'*expert dentiste*, le seul que nous rencontrerons désormais. Faut-il voir là une simple erreur du greffier Dutoya, qui a rédigé les trois procès-verbaux, ou bien au contraire Laudumiey était-il chirurgien avant d'être dentiste ? Cette dernière interprétation n'est pas invraisemblable, d'autant que son acte de décès ne porte que la mention de « chirurgien [1] » !

1. Il y aurait donc eu à cette époque des « Maitres en Chirurgie dentaire » et de simples « experts dentistes », comme, de nos jours, il y a des docteurs-médecins dentistes (docteurs en médecine des Facultés françaises), médecins-

Les dentistes qui figurent sur les deux autres procès-verbaux sont des Italiens : le sieur Toinei, fils de Cosme Toinei, natif de Pistoye, ville de Toscane, et le sieur Scipion Capitany, natif de Toscane.

L'article 76 des Statuts prescrivait deux examens. Laudumiey, Toinei et Capitany n'en subirent qu'un ; mais nous ferons remarquer que leur réception eut lieu en septembre 1754, c'est-à-dire avant l'enregistrement par le Parlement de Bordeaux des lettres patentes du Roi (18 novembre 1754), et en conformité des Statuts généraux de 1730.

Ceux qui vinrent après : Boissy de Beausoleil (1759), Bonacorsy (1768), Ruscat (1768), Roy (1770), Morel (1774), dame Leroy (1775), Boucherau (1775), Lafon (1779), Métereau (1779), Quefry (1780), Aucher (1782), Vendhoren (1784), Cuvillier (1781) passèrent deux examens, bien que plusieurs d'entre eux, avant de venir à Bordeaux, eussent déjà exercé après s'être fait recevoir en d'autres villes ; de ce nombre :

Morel (Jacques-Guillaume), né à Dijon (Côte-d'Or) le 18 mars 1755, décédé à Bordeaux, allées de Tourny, le 3 avril 1820. Reçu expert dentiste à Lyon le 30 novembre 1773. Premier examen à Bordeaux le 8 octobre 1774 ; deuxième examen le 10 octobre 1774 (reçu).

Bouchereau. Reçu expert dentiste le 19 août 1768, à Paris. Premier examen le 16 juin, second examen le 20 juin 1775. Le procès-verbal de réception du 20 juin 1775 porte, à l'égard de celui-ci, la mention spéciale suivante que nous croyons devoir donner tout entière :

« L'Assemblée entend le borner, conformément aux Statuts, à la seule partie des dents et, dans le cas où il surviendrait quelque accident fâcheux ou quelque complication d'une autre maladie à la suite des opérations qu'il aurait pratiquées sur les dents ou qu'il y en eût réellement quelqu'une indépendante de ses opérations, il sera obligé d'appeler un ou plusieurs Maîtres de la Communauté, de même que dans les cas douteux ou difficiles, afin de lui donner des conseils salutaires pour les malades, et au surplus le charge de se conformer à l'acte passé le 13 juin 1775 dans l'étude de Dugarry, dont il a remis une copie à la Communauté, qui doit demeurer dans les archives, pour y avoir recours en cas de besoin, lui défend de prendre sur son tableau, affiches ou placards, d'autre qualité que celle d'expert dentiste, le tout à peine de nullité. »

Nous nous sommes demandé pourquoi la Communauté des Chirurgiens avait cru devoir prendre à l'égard de Bouchereau ce surcroît de précautions absolument inusitées et faire précéder l'acte de réception d'un acte notarié ! L'Assemblée n'avait-elle qu'une confiance très limitée en ses lumières ou bien, comme le pense M. Sous, craignait-elle que, sous le couvert d'expert dentiste, il ne fît de la chirurgie ? Cette dernière opinion n'est pas invraisemblable et c'est

dentistes (officiers de santé), chirurgiens-dentistes (nouveau diplôme d'Etat), dentistes (sans diplôme ou pourvus de diplômes (?) étrangers).

peut-être la vraie, d'autant que Bouchereau, ayant suivi pendant deux ans les cours de chirurgie de Lafaye à Paris, devait bien n'être pas venu à Bordeaux sans quelque velléité de mettre à profit les leçons de son maître. Comme la Faculté de Philadelphie et autres Facultés ne délivraient pas encore ces mirobolants diplômes dont M. Brouardel a gratifié son domestique, moyennant un léger sacrifice de 500 francs [1], Bouchereau s'était sans doute rabattu sur « des lettres d'expert », plus faciles à obtenir que la Maîtrise en chirurgie!

Poursuivons :

Lafon, né à Libourne le 11 juillet 1736. Reçu expert dentiste le 12 août 1771 à Pont-l'Arche. Premier examen le 3 mars, second examen le 17 mars 1779. Reçu.

Mettereau, né le 15 février 1743. Reçu expert dentiste le 18 janvier 1773, à Fontenay-le-Comte. Premier examen le 3 mars, second examen le 17 mars 1779.

Aucher, né à Niort le 18 août 1734. Reçu expert dentiste, le 14 avril 1777, à Poitiers et *expert herniaire* le 3 juillet 1779, à Poitiers. Premier examen le 17 mai, second examen le 31 mai 1782.

Cuvillier, né le 14 juillet 1751. Reçu expert dentiste le 9 octobre 1781, à Nantes. Premier examen le 18 août 1786, second examen le 22 août.

Si ces quelques extraits de documents, en grande partie perdus ou détruits, prouvent que, de tous temps, Bordeaux fut la ville de prédilection des dentistes, qui y affluaient de tous les points de la France et de l'étranger, ils viennent aussi jeter un certain jour sur cette question si controversée de la réglementation.

Lorsque, par leur décret du 18 août 1792, les législateurs de la Révolution eurent supprimé les Universités et les Facultés, la profession de médecin et de chirurgien devint libre, comme toutes les autres, jusqu'au 19 ventôse an XI (10 mars 1803), où fut votée à l'unanimité la loi qui a régi la médecine jusqu'au 30 novembre 1892.

Cette loi ne faisait point mention des dentistes; mais, ainsi que le faisait justement remarquer David, « le législateur n'eut certainement pas plus l'intention de les séparer de la chirurgie qu'il n'en avait voulu distraire l'oculistique, la gynécologie ou toutes autres branches qui ne s'y trouvaient pas désignées ».

Personne ne s'y trompa à ce moment, et les praticiens qui, à Bordeaux, voulaient exercer l'art dentaire passèrent leurs examens d'officier de santé.

A Paris on continua même à recevoir des dentistes et ceux-ci durent subir *trois* examens comme pour l'officiat.

Dans une brochure publiée par A. Delmont en 1836 et ayant pour titre : *Quelques considérations sur l'art du dentiste*, on lit, en effet, le certificat suivant :

« Je soussigné, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Prési-

1. Voir discours de M. le professeur Brouardel au Sénat lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine (1892).

dent du jury médical du département de la Seine, certifie que M. Delmont s'est présenté pour sa réception de dentiste, qu'il a subi les trois examens déterminés par la loi, et que le jury lui a publiquement témoigné sa satisfaction sur la manière dont il a répondu aux questions qui lui ont été faites et sur les connaissances dont il est pourvu pour exercer *la branche de l'art de guérir* à laquelle il se livre spécialement.

» En foi de quoi je lui ai délivré le présent, ce 9 décembre 1818. Signé : LEROUX, Doyen ; DESCAT, Secrétaire. »

On pensait donc encore à cette époque que, pour être dentiste, il fallait passer des examens ! C'est ainsi, du reste, que le comprirent les premiers juges appelés à intervenir dans la question et notamment le Tribunal de Limoges qui, le 16 août 1826, condamnait la femme Delpeuch pour exercice illégal de l'art de guérir. Mais ce jugement fut infirmé par la Cour d'appel ; la Cour de cassation, par son arrêt du 23 février 1827, donna raison à cette dernière et, interprétant à sa façon le silence de la loi de ventôse, reconnut que la profession de dentiste n'était soumise à l'obtention d'aucun diplôme.

Ceci cependant n'arrêta point les poursuites et n'empêcha pas le Tribunal de la Seine (affaire Gouvignon, 14 janvier 1834 ; affaire William Rogers, 26 juin 1845), le Tribunal de Boulogne (affaire Teneur, 15 juin 1846) de prononcer de nouvelles condamnations, et il fallut un nouvel arrêt de la Cour de cassation, rendu en faveur de W. Rogers le 15 mai 1846, pour trancher définitivement la question ; de telle sorte que, si la profession a cessé d'être réglementée au XIXe siècle, on peut dire que c'est moins la faute du législateur que celle des juges !

Ce qu'étaient ces examens..., il nous serait difficile d'en dire plus long que les procès-verbaux de réception. Toujours est-il que les dentistes devaient prouver qu'ils « savaient pratiquer l'arrachement des dents et connaissaient les accidents pouvant survenir à leur suite ; qu'ils savaient la manière de les remettre, nettoyer, décrasser, blanchir et plomber » !

Combien depuis, avec la liberté qui dégénéra bientôt en une licence effrénée, se livrèrent à la pratique de cet art si minutieux et parfois si difficile, sans s'être donné la peine d'en acquérir même les premières notions : *anciens mitrons tombés dans le pétrin, ex-marchands d'hommes* auxquels on venait de couper les vivres, etc. !

Aussi qu'était-il advenu de cet art si éminemment français dont notre Fauchard, ce *pater dentista*, comme l'appelait Trousseau, publiait, en 1728, le premier traité méthodique et complet en deux volumes, traduit dans toutes les langues et qui a servi de base à tout ce qui a été fait et écrit depuis !

Tandis qu'au siècle dernier et dans la première moitié de celui-ci, « dans les principaux Etats du monde, les meilleurs dentistes étaient les Français » [1] et que chaque souverain avait, à Paris ou près de

1. Noël et Charpentier. *Dit. des origines et inventions*. Paris, 1830.

lui, un dentiste français, les étrangers furent sur le point de nous supplanter presque partout!

Mettant à profit les leçons de Joseph Lemaire (parti sous les ordres de Rochambeau et Lafayette, de Jacques Gardette, qui importèrent dans le Nouveau-Monde les premiers éléments de l'art dentaire[1], les Américains créèrent des centres d'enseignement, où quelques-uns des nôtres allèrent chercher ce qu'il était si difficile de trouver chez nous, jusqu'au jour où, grâce à l'initiative de quelques-uns, furent fondées, à Paris, les deux premières Ecoles dentaires, si brillamment représentées dans ce Congrès!

Aussi, en souvenir des services rendus, la jeune Amérique allait bientôt, à son tour, nous envoyer ou nous renvoyer des praticiens dont nous nous plaisons à reconnaître la valeur, en même temps, il faut bien le dire aussi, qu'elle expédiait un peu partout, contre espèces sonnantes, toute une pacotille de parchemins éblouissants pour ceux qui craignaient... *le mal de mer* [2].

Nous n'avons rien à redouter des premiers, praticiens consciencieux et éclairés. Le temps des seconds est bien près de finir. Courage, jeunes confrères serrez le rang!

LES PHARMACIENS DOIVENT-ILS EXÉCUTER LES ORDONNANCES DES DENTISTES ?

Par M. Stevenin
Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès Dentaire National*)

La loi de 1892, en donnant aux dentistes une existence officielle, leur a fait très larges les conditions d'exercice de leur art.

Si nous nous en rapportons aux déclarations faites au Sénat par M. le commissaire du gouvernement, lors de la discussion de cette loi, nous pouvons traiter, sans crainte d'empiéter sur le domaine médical, toutes les affections de la région buccale qui peuvent reconnaître une origine dentaire.

Ces conditions sont les mêmes pour tous les dentistes, qu'ils aient obtenu le diplôme de la Faculté ou qu'ils exercent en vertu des dispositions transitoires. Ces derniers, vous le savez, sont seule-

---

1. *History of dental and oral science in America.* Philadelphia, S. White, 1876.

2. Quelques-uns de ces parchemins sont, en effet, dorés. A ce propos, un de nos amis nous communique l'annonce suivante découpée dans un journal : « Contre un envoi de 750 francs, on expédie à domicile, *franco* de port et recommandé, à MM. les dentistes ou toute personne sachant lire et écrire, un diplôme de docteur en chirurgie dentaire d'une Ecole de Philadelphie ou de toute autre Ecole dentaire semblable des Etats-Unis d'Amérique.

» Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. D..., à Philadelphia, ou à son agent général, M. M..., à Berlin.

» *Nota.* — Sous aucun prétexte, les personnes munies d'un de ces diplômes ne peuvent pratiquer l'art dentaire aux Etats-Unis d'Amérique ou dans la Grande-Bretagne et les possessions anglaises. »

ment obligés de se faire assister d'un médecin quand ils pratiquent l'anesthésie.

Mais, même en ne soignant exclusivement que les dents, nous serions bien empêchés si nous étions réduits aux seuls moyens chirurgicaux.

Il serait vain d'énumérer toutes les circonstances dans lesquelles nous avons besoin de prescrire ou d'appliquer des médicaments. C'est à tous les instants. Et il me suffira de vous nommer quelques substances très actives dont l'emploi nous est absolument indispensable pour faire ressortir l'impossibilité où nous serions d'exercer s'il nous était interdit de formuler. Que ferions-nous, en effet, sans acide arsénieux, sans morphine? Comment nous passer de toute la série des antiseptiques: sublimé, acide phénique, acide thymique, etc. ?

Et comment pourrions-nous pratiquer l'anesthésie sans anesthésiques : cocaïne, chloroforme ou autres?

Il est donc, à mon avis, hors de doute que la loi de 1892, qui nous donne le droit de soigner, nous donne en même temps les moyens indispensables pour appliquer notre thérapeutique, c'est-à-dire le droit de prescrire.

Eh bien! les pharmaciens sont régis par la loi du 21 germinal an XI, dont l'article XXXII est ainsi conçu :

« Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature... »

L'ordonnance royale du 29 octobre 1846, portant règlement sur la vente des substances vénéneuses, dit :

« Article V. — La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.... »

D'où il résulte que, si nous avons le droit de prescrire, les pharmaciens ne sont pas autorisés à exécuter nos prescriptions !

Je sais bien qu'en fait il n'en est rien. Soit dans l'intérêt de la santé publique, soit dans celui de sa caisse, le pharmacien ne refuse jamais d'exécuter une ordonnance.

Mais ceci ne saurait nous contenter. Nous ne pouvons pas rester sous un régime de tolérance contraire à la loi et être exposés à voir refuser l'exécution de nos formules le jour où cela plairait à un pharmacien.

MM. Roger et Godon, dans leur si excellent ouvrage, *le Code du Chirurgien-Dentiste*, n'ont pas manqué de traiter cette question.

Ils sont arrivés, comme moi, à cette conclusion : que les dentistes ont bien le droit de prescrire, mais que les pharmaciens n'ont pas le droit d'exécuter.

MM. Roger et Godon espèrent que la loi en préparation sur l'exercice de la pharmacie modifiera cet état de choses.

Il faudra d'abord que ce projet de loi soit amendé, car le texte

actuellement soumis aux Chambres ne contient aucune disposition relative aux chirurgiens-dentistes. Puis, il faudra encore que ce texte soit voté. Or il y a plus de trente années que les Chambres sont saisies de projets de loi sur la pharmacie et rien ne m'autorise à penser que ce sera demain que ces réformes vont enfin aboutir.

Sans mettre en jeu l'appareil législatif, je crois que nous pouvons trouver un remède à cette situation.

Le 23 juin 1873, le Ministre du commerce, par un simple décret, a autorisé les pharmaciens à débiter du seigle ergoté aux sages-femmes sur la présentation d'une prescription signée et datée par elles.

Le 9 juillet 1890, un autre décret du Ministre de l'intérieur leur permettait de délivrer du sublimé corrosif aux mêmes sages-femmes.

Une formalité identique suffirait pour combler cette lacune vraiment regrettable.

Je vous propose donc de voter un ordre du jour ainsi conçu :

Les dentistes français réunis en Congrès à Bordeaux, en août 1895, émettent le vœu qu'un décret, rendu sur la proposition de M. le Ministre de l'intérieur ou du commerce, autorise les pharmaciens à exécuter les prescriptions des dentistes.

Je n'ignore pas toutefois ce qu'aura de platonique le vote de cet ordre du jour.

Je crois qu'une société, le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, aurait été tout indiquée pour poursuivre la réalisation de ce vœu; cela rentre bien dans ses attributions. Malheureusement le Syndicat n'a pas été invité au Congrès.

SONDE A DOUBLE COURANT POUR LE TRAITEMENT DES ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

Par M. de Croes

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Je ne veux point parler dans cette communication de l'anatomie du sinus maxillaire, ni discuter les causes pathogéniques si nombreuses des abcès de cette cavité, causes quelquefois si obscures, ni ajouter de nouveaux signes de certitude à son diagnostic trop souvent difficile ; mais simplement vous parler de son traitement, ou plutôt même d'un appareil qui simplifie et rend plus commodes les lavages curatifs pratiqués jusqu'ici avec une seringue.

Vous connaissez certainement les divers modes de traitement employés jusqu'alors soit par la voie nasale, soit par la voie bucco-dentaire : lavage ou tamponnement à la gaze iodoformée.

Vous savez de même que la voie nasale a été délaissée presque

entièrement, du moins par nous, pour la voie bucco-dentaire et qu'au tamponnement exigeant un orifice trop grand, nous préférons le lavage pour sa simplicité.

Mais encore, le lavage tel qu'il était fait, présentait de nombreux inconvénients :

1° La douleur provoquée par la force du jet contre la cloison sous-orbitaire ;

2° Le remplissage continuel de la seringue ;

3° Le mauvais goût des injections ;

4° L'impossibilité d'introduire dans le sinus des injections concentrées;

5° La réinfection occasionnée par la réintroduction des liquides dans l'abcès, au moment de leur expulsion de la bouche par le patient, ainsi que par la réintroduction de la canule de la seringue, après chaque remplissage ;

6° Le temps perdu par l'opérateur.

Quelques-uns de ces inconvénients pouvaient être évités en remplaçant la seringue par le grand lavage au bock, dont on assurait l'écoulement au moyen de la pompe à salive.

C'était déjà plus commode, mais il fallait encore simplifier ce courant, qui avait le défaut de transformer la bouche en un réservoir débordant trop souvent.

Il fallait donc trouver un laveur, permettant l'entrée du liquide antiseptique dans l'antre d'Hygmore, puis sa sortie, chargé de débris épithéliaux et de globules de pus, sans que ces deux courants se mélangeassent et se répandissent dans la cavité buccale.

Voici donc l'appareil que je vous présente et qui réalise ces desiderata.

Une sonde à double courant en forme d'Y renversé, composée de deux tubes concentriques, dont l'un, intérieur, commençant à l'une des branches de l'Y, est terminé à l'autre bout en pomme d'arrosoir ; c'est le courant allant dans le sinus, c'est-à-dire ascendant.

L'autre tube, extérieur, aboutissant à l'autre branche de l'Y, ouvert à sa partie supérieure de fentes longitudinales permettant au liquide de s'y introduire, forme l'autre courant, c'est-à-dire descendant.

Je n'avais donc plus, une fois la sonde enfoncée jusqu'à l'arrêt A, qu'à mettre une des branches de cette sonde en rapport par un tube de caoutchouc avec un récipient de la contenance de deux litres et l'autre branche (toujours par un tube de caoutchouc) en rapport avec un crachoir.

Voici donc un courant ascendant et descendant, sans qu'une goutte de liquide tombe dans la bouche.

C'était l'instrument primitif ; mais il fallait compter avec l'antisepsie, aussi pour rendre cet instrument absolument aseptisable je l'ai fait faire démontable en trois pièces dont voici la nomenclature :

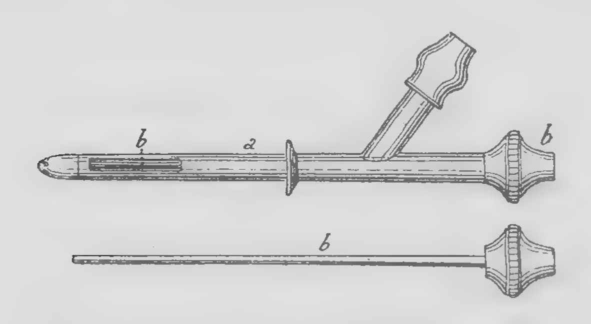
1° Un tube extérieur ABC dont la branche CB possède vers son milieu une bague d'arrêt D et des ouvertures longitudinales E et est terminé par une partie filtée;

2° Une petite pomme d'arrosoir qui vient se visser sur la partie B;

3° Un tube intérieur qui pénètre dans le tube B et qui, une fois dans ce tube, vient visser la partie et forcer sa partie G dans la pomme d'arrosoir.

Comme vous le voyez, cette sonde, une fois démontée, est très facilement aseptisable.

Il est certain que les sinusites maxillaires ne sont pas d'une



fréquence très grande, mais enfin il est bon, quand il s'en présente, d'avoir sous la main un appareil qui aide à leur prompte résolution, qui soit commode pour le patient et offre à l'opérateur toutes les commodités et les qualités d'antisepsie désirables.

Cette sonde a pour elle d'être simple et de ne pas effrayer le patient.

Quant aux résultats qu'elle m'a donnés jusqu'ici, ils ont été exceptionnellement bons, elle m'a permis de laver mes cavités d'une façon complète, d'y envoyer ensuite des solutions très concentrées et très chaudes, sans que le malade s'en plaignît en aucune façon.

J'ai donc cru bien faire en vous présentant cette sonde qui, je l'espère, pourra vous rendre de grands services.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL [1]

Séance du 17 août 1895

Présidence de M. le Dr Guénard

Les pharmaciens doivent-ils exécuter les ordonnances des dentistes ?

M. Stévenin lit sur ce sujet un travail (*qui est inséré aux travaux originaux*).

M. Dubois. — Je crois que vous ferez bien de laisser les choses

---

1. V. *L'Odontologie*.

dans le *statu quo*. Il est évident que vous avez la liberté de formuler ; tous les textes existants contre cette liberté sont annulés par la loi de 1892. Lorsqu'on voit le commissaire du gouvernement, M. Brouardel, déclarer devant le Parlement que les dentistes diplômés, reconnus par la loi, auront le droit de faire de l'anesthésie générale, il est bien évident que, s'ils ont le droit de faire de l'anesthésie, ils ont aussi le droit de se procurer les médicaments nécessaires. S'ils ont le droit de se procurer des médicaments dangereux comme le chloroforme, ils ont *a fortiori* le droit de se procurer des topiques.

Au point de vue légal établi par les anciens textes, M. Stévenin a raison, mais, au point de vue pratique, il vaut mieux l'indéterminé que de faire devant le législateur une instance à un droit limitatif qui n'est pas fixé dans la loi de 1892. (*Applaudissements.*)

M. Loup. — M. Dubois a absolument exprimé ma pensée, mais je veux ajouter que si nous avons le droit de demander des médicaments, c'est-à-dire le droit de formuler, il est certain que, malgré cela, il est bon que le pharmacien sache à qui il doit les délivrer. Pourquoi dans notre signature n'y aurait-il pas une petite marque pour éclairer le pharmacien ?

Il y aurait quelque chose à faire dans ce sens, ce serait d'adopter dans ce congrès les lettres C. D. (chirurgien-dentiste) que nous consacrerions par l'usage et qui seraient en quelque sorte notre titre auprès des pharmaciens.

M. Stévenin. — Je dirai à M. Loup que le titre de chirurgien-dentiste n'est pas nécessaire. Tous les dentistes ont le droit de formuler et il n'y a aucune espèce de différence entre ceux qui sont chirurgiens-dentistes et ceux qui n'ont pas ce titre.

Ils ont tous les mêmes droits, sauf pour l'anesthésie, en ce qui concerne la formule auprès des pharmaciens.

Quant à M. Dubois, je lui répondrai qu'une de ses ordonnances pour le remède le plus anodin peut lui être refusée. Si le pharmacien résiste, comme il en est libre, tous nos droits seront de peu de valeur en pratique.

M. Dubois. — Pour ma part, je n'ai jamais essayé de la médication interne et je la trouve mauvaise entre les mains du dentiste. Quant aux topiques, je m'en sers depuis trente ans et je dois dire que jamais le pharmacien n'a refusé l'exécution d'une ordonnance signée de moi.

M. Loup. — Nous sommes un peu en contradiction sur la question ; je demande que le Congrès statue.

M. Bretenoux. — Notre confrère, M. Stévenin, a dit tout à l'heure une parole très juste : le pharmacien est libre de refuser une ordonnance de n'importe qui. Rien ne peut l'obliger à l'exécuter et, s'il le fait, c'est sous sa responsabilité. S'il délivre un remède qui peut donner la mort, il en est responsable ; mais il ne le refuse que quand la dose lui paraît exagérée.

Cela est fort bien prouvé par les tribunaux, car les docteurs et les médecins se trompent.

Voix : La question n'est pas là.

M. Guénard, *président*. — Je mets aux voix la proposition Stévenin.

M. Loup. — Notre confrère, qui est aussi pharmacien, a dit avec raison que le pharmacien peut refuser aux dentistes et à qui que ce soit la délivrance de médicaments, puisque c'est lui qui en est responsable. Mais pour la garantie du pharmacien, puisque nous avons aujourd'hui ces diplômes, il me semble juste que nous puissions mettre une dé-ignation devant notre nom. Or la désignation C. D. devant notre nom deviendra l'usage et de cette façon nous faciliterons la pratique des dentistes et des pharmaciens.

M. Stévenin. — Tous les dentistes ont le droit de formuler. Comment voulez-vous les empêcher d'exercer ? Ils ne peuvent exercer sans titre.

Voix : La différence est dans le diplôme.

M. Ducournau. — La différence par le diplôme est très sérieuse. Je vous dirai pourtant que moi-même je n'ai pas ce diplôme et j'ai été examinateur en 1894. Voulez-vous que j'aille passer l'examen devant des dentistes que j'ai examinés moi-même? C'est impossible. D'ici peu de temps il y aura une modification. Dans dix ans les dentistes ne pourront exercer sans avoir de diplôme et à cette époque fort probablement beaucoup de ceux qui sont ici auront fini leur carrière et ce seront les nouveaux, les jeunes diplômés, qui les remplaceront. Si ceux qui exercent véritablement depuis un certain nombre d'années n'avaient pu exercer sans diplôme, cela aurait été injuste et ils doivent être au même degré que leurs collègues qui sont diplômés, car ce sont des diplômes obtenus sans succès dans la généralité des cas. (*Bruit et protestations.*)

Il y en a beaucoup parmi les dentistes exerçant qui n'auraient pu passer l'examen et obtenir le diplôme d'après la loi établie, si l'on avait voulu se montrer exigeant. Je le répète, ayant été nommé examinateur en 1894, je ne puis pas aller en 1895 demander à passer les examens de chirurgien-dentiste.

Un membre. — Et la preuve, c'est que nous avons eu beaucoup de professeurs qui ont eu la note passable et des élèves qui ont eu la note bien.

M. Ducournau. — Je crois que parmi nos confrères qui ont passé les examens de chirurgien-dentiste un grand nombre n'étaient pas suffisamment préparés.

Ils ont été reçus avec indulgence. Je dois vous dire que moi-même en faisant passer ces examens, si les agrégés qui étaient avec nous ne m'avaient pas constamment répété : soyez indulgent, je n'aurais pas donné mon approbation. (*Bruit.*)

Voix : Ne nous écartons pas de la question.

M. Guénard, *président*. — La question traitée par M. Stévenin est celle-ci : les pharmaciens doivent-ils exécuter les ordonnances des dentistes et doit-on mettre dentistes diplômés ou simplement dentistes ? (*Bruit.*)

Voix : L'ordre du jour pur et simple. (*Bruit.*)

M. Tourtelot. — Je proteste contre les paroles de M. Ducournau et je ne doute pas qu'il ne soit de force à se mettre d'accord avec la loi.

M. Ducournau. — Ce n'est pas possible. (*Bruit prolongé.*)

L'ordre du jour repoussant la proposition de M. Stevenin est proposé. Le Congrès vote : Oui, les pharmaciens doivent exécuter les ordonnances des dentistes.

La réglementation de l'art dentaire en France et particulièrement a Bordeaux jusqu'en 1892

M. Dunogier lit un travail sur ce sujet. (V. *Travaux originaux.*)

M. Guénard, *président.* — Je remercie M. Dunogier de son intéressante note historique.

Une nouvelle contribution a l'étude de l'implantation

M. Amoedo lit un travail sur ce sujet (*sera publié*).

M. Guénard, *président.* — Je remercie M. Amoëdo d'avoir bien voulu nous communiquer les résultats de ses opérations.

M. Nux. — J'ai été de l'avis de M. Amoëdo dès 1893, lorsque je le vis travailler pour la première fois, et je suis heureux de le voir obtenir de nouveaux succès.

M. Ohaydiri. — Dans combien de cas avez-vous réussi ?

M. Amoedo. — Je n'ai pas établi une statistique de tant pour cent.

Je ne crois pas d'ailleurs qu'on puisse tirer des conclusions générales, car la réussite dépend de l'état général du malade et des soins qu'il apporte.

M. Loup. — Il y a une chose que je ne m'explique pas, c'est la décalcification. Si l'on laisse beaucoup de matière organique et par conséquent beaucoup de matière décomposable, il semble que l'on se place dans de moins bonnes conditions. Je m'explique bien l'implantation d'une dent ordinaire, mais non d'une dent décalcifiée.

La bonne réussite d'une implantation doit être due à ce que la force vitale de l'individu est plus grande que l'action débilitante. Je ne vois donc pas pourquoi on décalcifie.

M. Amoedo. — M. Loup n'a peut-être pas bien fait attention à la communication. Dans la décalcification il ne s'agit que d'une couche superficielle et la résistance n'est pas diminuée. Au contraire vous favorisez le travail qui doit s'opérer pour la consolidation et il se fait en peu de temps, tandis que si vous laissez faire la décalcification naturelle, cela est long est irrégulier.

M. Loup. — Nous avons vu dans toutes les implantations de M. Younger la consolidation se faire sans décalcification. On recommandait même de ne pas toucher au périoste et on disait qu'il valait mieux le conserver. Si l'on pouvait mettre une dent dans toute son intégrité, cela serait parfait.

M. Choquet. — Je ferai remarquer à M. Loup que les mauvais résultats obtenus par Younger sont peut-être dus à ce qu'il employait des dents non décalcifiées. Il employait en effet des dents n'importe

comment et, au point de vue de l'asepsie, cela n'est pas sans importance.

M. LE Dr NUX. — Une dent décalcifiée prend plus vite qu'une dent calcifiée, mais cette dent dure moins que la dent calcifiée. Il doit y avoir un résultat plus prompt, mais qui se détruit au bout de trois ou quatre ans.

M. AGUILAR. — La réussite d'une implantation dépend de l'état général du malade. Ce ne sont pas les cellules géantes qui absorbent la matière organique de la dent, mais c'est l'absorption de l'acide urique par les éléments cellulaires de l'os. La façon dont la dent est retenue est d'ordre mécanique. Aussitôt le périoste découvert, il y a formation de nouvelles cellules osseuses qui pénètrent la dent décalcifiée.

M. LE Dr ROY. — Sans attacher une importance plus grande qu'il ne convient à la méthode statistique, il est regrettable que M. Amoëdo n'ait pas donné le total des opérations faites par lui et le résultat des divers cas, car on aurait eu ainsi une base d'appréciation.

Je suis de l'avis de M. Choquet au sujet de la différence de résultats obtenus par MM. Amoëdo et Younger. Si M. Amoëdo a réussi, je crois plutôt que c'est grâce à l'antisepsie qu'à la décalcification.

Le procédé Younger n'est pas antiseptique, c'est là la cause de ses insuccès.

Nous avons vu chez la malade qui nous a été présentée des dents décalcifiées et des dents non décalcifiées implantées à une heure d'intervalle. M. Amoëdo a-t-il trouvé une grande différence dans la durée de la consolidation des unes et des autres? L'opération étant faite dans les mêmes conditions, il a pu juger s'il y avait un avantage en faveur des dents qui avaient été décalcifiées.

Je me range à l'avis de M. Joseph disant dans une discussion récente à la Société d'Odontologie que les résultats étaient supérieurs si on ne décalcifiait pas. Lorsqu'on implante une dent décalcifiée on remarque qu'elle est immédiatement fixe, mais, au bout de quelques jours, cette dent qui était solide dans sa loge devient plus mobile, parce qu'il y a résorption de la portion décalcifiée. Cela n'arrive pas avec des dents non décalcifiées

M. LE Dr BELTRAMI. — Je veux soutenir la théorie de M. Amoëdo. La décalcification favorise la rétention de la dent dans l'alvéole. Quand une dent est implantée pendant un certain temps, il n'y a plus aucun signe qui permette de reconnaître si la dent implantée est décalcifiée ou non. Je ne citerai à ce sujet que le travail d'Ollier ; ce travail a été rappelé par M. Nux et il est essentiel en la matière. On a dit que la couche décalcifiée disparaissait complètement ; il n'en est pas ainsi. Je vous rappelle à ce sujet les expériences d'Ollier qui prouvent qu'il n'y a pas disparition complète.

En effet, si nous faisons une coupe des tissus osseux (M. Beltrami fait au tableau un schéma) nous constaterons de petites ramifications rouges qui limitent entre elles la ligne calcifiée. Cette section c'est le cément, les filets rouges sont les canaux de Havers et la portion comprise entre eux, le tissu osseux frais.

Si nous faisons une coupe perpendiculaire suivant l'axe de la dent implantée, nous verrons ce qui se passe (schéma).

Que trouverons-nous sur cette coupe? Une portion d'os calcifié, un canal rempli de tissu vasculaire, une autre portion calcifiée.

Si nous insérons une dent, que se passera-t-il sous l'influence du corps irritant, je ne dis pas septique? Les canaux prendront une petite courbure qui s'avancera vers la couche cémentaire. Cette petite couche sera détruite et alors la dent sera décalcifiée d'elle-même et sa surface apte à se souder.

C'est cette petite surface sur laquelle se fait la soudure; il se passe là ce qui se passe dans l'ossification normale: c'est la physiologie normale et absolue de l'os, et ce qui a lieu dans toute ossification.

C'est pourquoi dans les dents on peut réussir, mais on met plus de temps pour décalcifier l'os lui-même, car, en plus du travail vital qui s'opère sur l'os, il y a un travail chimico-vital qui consiste à commencer la décalcification. Tels sont les résultats des travaux d'Ollier. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Roy. — La décalcification ne me paraît pas une chose nécessaire. L'opinion de M. Ollier n'empêche pas les faits que j'ai signalés d'exister: dans une même bouche il y a, en même temps, à quelques minutes d'intervalle, plusieurs dents implantées, les unes décalcifiées, les autres non décalcifiées. Les résultats sont absolument identiques. Alors pourquoi cette décalcification? Ce n'est qu'une complication de l'opération, complication qui n'est pas nécessaire, puisqu'elle n'apporte pas d'avantages.

M. Amoedo. — Je vais répondre à MM. Roy, Nux et Beltrami.

En ce qui concerne M. Roy, j'ai dit dans la communication que les dents décalcifiées et les dents munies de leur péricément pouvaient s'implanter. En effet, j'ai implanté dans la bouche du même malade des dents munies de péricément et les autres dents implantées étaient décalcifiées. La consolidation s'est faite en même temps et je n'y ai pas trouvé de différence. Cependant je crois que, si on avait décalcifié toutes les dents, le résultat aurait été plus rapide.

M. Aguilar. — C'est Ollier qui dit que ce sont les cellules géantes qui produisent l'absorption. C'est l'acide lactique et non pas l'acide urique. Je regrette de ne pas avoir ici le travail de M. Nux publié par la *Revue Odontologique*.

M. le Dr Tourtelot. — Que M. Amoëdo s'explique catégoriquement.

M. Amoedo. — Je vous ai dit que vous pouviez agir avec des dents non décalcifiées, mais avec des dents aseptiques il est toujours préférable de décalcifier.

Utilité de la photographie dans les recherches d'histologie et de bactériologie (Voir n° d'août).

(Voir n° d'août)

M. Choquet lit son travail qu'il résume et termine par ces mots:

Les conclusions seront absolument pratiques en ce sens que je vais avoir l'honneur de vous soumettre les résultats que j'ai obtenus en faisant passer sous vos yeux les photographies que j'ai faites et qui ont trait à l'histologie. *(Triple salve d'applaudissements.)*

M. le Président. — Nous ne pouvons que remercier M. Choquet de tous les travaux qu'il nous a soumis aujourd'hui. *(Applaudissements.)*

Ces communications sont l'œuvre d'un travailleur qui fera honneur à la profession et je crois que plus tard il sera un de nos grands histologistes français. *(Triple salve d'applaudissements.)*

Un nouvel anesthésique local : le gaïacol.

M. André lit son travail (Voir n° de novembre).

M. Amoedo. — Je me suis servi de gaïacol, mais les résultats anesthésiques n'ont pas égalé ceux de la cocaïne. L'anesthésie ne se produit pas si vite, et, comme il faut une certaine quantité de gaïacol, la pression produite par le liquide injecté produit un peu de douleur. Il n'y a pas de meilleur anesthésique que la cocaïne. Je crois cependant que le gaïacol est supérieur au point de vue antiseptique.

M. André. — L'observation au point de vue de l'anesthésie est parfaitement juste; le gaïacol agit plus lentement. Il faut au moins 2 minutes pour que l'action se produise et il vaut mieux attendre 5 minutes; mais l'anesthésie obtenue est plus durable.

Il est également vrai que l'antisepsie du gaïacol est très grande, mais pour cela il faut prendre des précautions.

M. le Dr Nux. — Il a déjà paru une communication sur le gaïacol et on lui a reproché d'être insuffisant.

M. le Président. — Il a été répondu à cette question.

M. André. — Quand on emploie l'huile d'olive, il faut du gaïacol à 1/20e.

Un obturateur nouveau (modèle Martin) pour bec de lièvre bilatéral. — Présentation de deux modèles démontrant un cas de greffe par transposition.

M. Schwartz. — L'année dernière, en me promenant sur les boulevards de Nîmes, j'ai trouvé un jeune garçon présentant un bec de lièvre bi-latéral et j'ai fait ce modèle que j'ai présenté au docteur Martin. En présence de ce cas remarquable et très accentué, M. Martin me conduisit à l'exposition et me fit voir un appareil nouveau modèle. Cet appareil, il l'a conçu il y a quelques mois, mais il ne l'avait pas encore expérimenté. Il m'engagea à le faire. Je pris un modèle de façon très précise. C'est ce premier modèle que je vous ai montré.

Vous pouvez voir qu'en plus des désordres graves de la muqueuse, il y a aussi des désordres osseux. Les deux incisives centrales manquent, les deux canines sont très petites et placées très haut. Il y avait carie osseuse de la voûte palatine et absence du voile du palais. Il en restait encore quelques lambeaux pendants au bout de la

voûte palatine et qui simulaient une partie de la luette qui était tout à fait à côté de l'amygdale.

J'ai conçu un appareil très simple de construction, très délicat, mais qui ne pouvait presque jamais se déranger. C'est surtout à ce point de vue que l'on s'est placé pour concevoir cet appareil, car vous savez combien il est désagréable pour les malades de faire constamment réparer un tel obturateur. L'appareil ne pèse que 30 grammes.

Il se compose d'une partie palatine sur laquelle repose une sorte de guérite; sur cette guérite, entre les molaires, il y a deux pièces mobiles et un tube triangulaire en aluminium. La partie supérieure est en caoutchouc creux.

Elle se contracte bien sous toutes les modifications pour boire, pour manger. Le sujet parle peu et lentement et n'a pas le sentiment des labiales. Quand on insiste pour lui faire prononcer ces lettres, il finit par y arriver.

Après qu'il eût porté cet appareil durant 6 mois, je présentai le sujet à M. Reboul, chirurgien de Nîmes, qui acheva l'opération. (*Applaudissements.*)

Je ne veux pas vous parler de la greffe dentaire, mais simplement vous présenter deux modèles de cas très rares.

J'avais affaire à une canine qui avait fait son apparition entre deux grandes incisives. J'ai eu beaucoup de mal à me décider à faire l'opération. Voici comment j'ai opéré :

Après avoir réfléchi, j'ai arraché cette canine et enlevé une grande incisive que j'ai mise dans l'alvéole de la canine. Le résultat a été fort heureux, car il remonte à 1876.

Voici les modèles. (*Il présente deux modèles.*)

M. LE PRÉSDENT. — Je remercie M. Schwartz de sa communication.

Conformément au règlement, le bureau a décidé d'entendre une communication de M. Poinsot SUR L'ACTION GALVANIQUE DES APPAREILS MÉTALLIQUES DENTAIRES, communication qui n'est pas inscrite au programme.

La parole est à M. Rigolet pour nous lire cette communication.

M. RIGOLET lit la communication.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne crois pas que personne ait des observations à faire, car il est difficile de discuter, l'auteur étant absent.

L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN PROVINCE

M. DUBOIS, *rapporteur.* — Messieurs, je vais me contenter de vous donner seulement lecture des conclusions de mon rapport. (V. *Travaux originaux.*)

M. VÉDRENNE, de Biarritz. — Le rapporteur dit qu'il est désirable qu'il se crée des écoles. Je voudrais lui demander pourquoi il est désirable qu'il se crée de nouvelles écoles et si les écoles existantes ne sont pas suffisantes pour donner l'enseignement professionnel nécessaire.

Dans un autre paragraphe il dit que chaque école fournit de cent à cent vingt dentistes par an. Si les trois écoles existant à Paris four-

nissent seulement cent élèves, cela fait trois cents par an et je crois que ce nombre est suffisant pour obvier aux vides qui pourraient se produire dans la profession.

M. Le Dr Roy.— Dans ce que vient de dire M. Vedrenne une chose me frappe surtout : notre confrère paraît effrayé du nombre des dentistes et de la concurrence qui pourrait en résulter. Ce souci est très légitime, mais nous devons considérer quelque chose de plus.

Ce ne sont pas les patients qui sont faits pour les dentistes, mais les dentistes pour les patients.

Si nous comparons ce qui se passe en France et à l'étranger, nous arriverons à cette conclusion que la France est moins bien partagée sous le nombre des dentistes. Il n'y en a en effet que 2000 en France pour 38 millions d'habitants. Cela n'est pas considérable, si vous le comparez au nombre des médecins.

Notre clientèle est en outre plus grande que la leur, car ils ont un malade par habitant tandis que nous en avons un par dent. En somme on ne doit pas s'effrayer de l'accroissement du nombre des dentistes, au contraire.

M. Vedrenne. — La raison de M. Roy n'est pas concluante.

Le Ministre de l'Intérieur vient de faire parvenir dans tous les lycées et collèges une circulaire disant que les élèves aient à choisir une autre profession que celle de médecin qui est absolument encombrée.

Si je m'en rapporte au travail de M. Dubois, je vois qu'aux Etats-Unis il y a une telle quantité de dentistes que certains d'entre eux ont été obligés de quitter leur profession pour gagner leur vie. Je ne crois pas que vous vouliez entrer dans cette voie.

Que les écoles qui existent déjà soient toutes disposées à donner la main aux écoles de province, c'est ce que dit M. Dubois page 12, je le comprends, mais je n'en vois pas l'utilité. (*Bruit.*)

M. Liard a jeté un cri d'alarme. (*Bruit.*)

M. Dubois, *rapporteur*. — Messieurs, on a souvent reproché aux Parisiens de prendre toute la couverture ; on a dit qu'ils étaient un petit peu exclusifs et j'ai été légèrement étonné quand j'ai entendu un praticien demeurant à l'extrémité de notre territoire (*Rires*) s'étonner que nous voulions étendre à cette partie du territoire les bienfaits d'un enseignement rationnel ; il était en dehors de toutes mes prévisions qu'on me demandât ici les avantages que procurerait l'école dentaire en province. Ces avantages, je crois les avoir exposés dans les conclusions de mon rapport auquel je vous renvoie. J'aurai cependant quelque chose à ajouter.

J'ai été en relation avec nombre de praticiens, et j'en vois ici un certain nombre, qui ont été obligés d'envoyer leurs fils à Paris pour pouvoir leur faire faire leurs études dentaires et pouvoir leur laisser leur cabinet. Quand on est mû par la crainte de la concurrence, on est touché au moins par la considération d'une économie à réaliser, et c'est un avantage qui ne saurait échapper à un praticien habitant l'extrême Sud-Ouest. (*Rires.*)

Maintenant, je reconnais que dans l'observation de M. Vedrenne

il y a une part de vérité, et c'est pourquoi nous signalons au public dentaire français les dangers de l'école à l'américaine, de l'école qui se transforme en maison de dentisterie à bon marché, qui ne peut vivre par sa fonction apparente, a d'autres ressources que celles tirées de l'enseignement et les cherche dans l'exploitation du public; c'est là l'abus.

En disant que l'école, comme nous la comprenons, doit être faite par et pour les dentistes, qu'elle doit avoir l'appui de la profession, nous empêchons en quelque sorte la création d'écoles interlopes, de ces écoles où l'on tâche avec peu d'élèves de recevoir beaucoup de clients et de gagner de l'argent, en nuisant à la profession au lieu de la servir.

Je crois que de par la loi de 1892, qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, nous ne pouvons pas rester dans l'état de choses actuel; les écoles se créeront forcément, soit par l'Etat, soit par les municipalités, soit par les dentistes eux-mêmes. Mais si nous voulons diriger ces centres d'enseignement, si nous voulons que la force qui en découlera reste entre nos mains, il faut que nous agissions en conséquence et c'est pour cela que nous avons posé cette question devant vous et que nous serons heureux que vous vouliez bien rechercher avec la plus grande indépendance, avec le souci de bien faire, en dehors des questions de personnes, en dehors des questions régionales, comment cette question peut être résolue en tenant compte du bien général et professionnel. (*Applaudissements répétés.*)

M. Vedrenne. — Je remercie beaucoup M. Dubois d'avoir rappelé que j'habite l'extrémité de la France. Je puis donc parler d'une façon désintéressée, car je ne pense pas qu'on vienne établir une école si loin.

J'ai dit qu'il y a trop de dentistes, et cela je le maintiens, car la plupart des praticiens gagnent à peine leur vie. (*Protestations.*)

Enfin voici un fait matériel : il y a à Bordeaux 70 dentistes qui paient patente; sur ces 70 dentistes il y en a aujourd'hui bon nombre, je ne veux pas faire de personnalités, qui vivent... comme ils peuvent. (*Rires.*)

Quand vous aurez créé des écoles, il y aura des jeunes gens qui ne pensent pas du tout à être dentistes qui entreront dans cette profession. Vous voulez de l'instruction, il y en a à Paris.

Pourquoi voulez-vous monter des écoles en province? Vous ne me ferez pas croire que c'est dans un but d'instruction, ni non plus dans l'intérêt de la profession des dentistes. (*Bruit.*)

M. Godon. — Je comprends parfaitement les préoccupations de notre confrère, seulement je dois lui dire qu'il s'est passé bien des années depuis l'époque où les professions étaient fermées. Cela se passait avant 1789. On ne recevait alors dans chaque corporation que le nombre voulu d'ouvriers. La profession était limitée par des Chambres syndicales, des maîtrises, des jurandes, qui ne laissaient entrer que le nombre nécessaire d'apprentis nouveaux pour remplir un nombre de places déterminé.

Mais de tels systèmes ont été jugés et condamnés par le décret de 1792. Inutile de vous dire quelles sont nos opinions sur ce sujet. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il existe maintenant pour le recrutement de chaque profession une liberté contre laquelle vous ne pouvez rien.

Vous nous avez dit qu'il y a 70 dentistes à Bordeaux. Il viendrait s'en ajouter un cent que vous ne pourriez rien pour l'empêcher.

Je pourrais également ajouter que ces assemblées, ces réunions de confrères comme ce Congrès, ne sont jamais faites dans un but d'intérêt particulier; nous ne sommes venus ici que pour l'intérêt général et de notre art et sommes obligés d'écarter toute question qui lui est étrangère.

Donc, que vous le vouliez ou non, la porte de la profession est ouverte, entre qui veut en passant les examens.

On vous dit que des écoles se créeront certainement soit par les municipalités, l'Etat ou les dentistes.

Vaut-il mieux que vous les laissiez créer par l'Etat ? Examinez ce qui s'est passé à l'étranger. Nous avons en effet comme base d'appréciation l'expérience faite dans les autres pays, des exemples des deux systèmes : la création par les pouvoirs publics et par les dentistes.

Vous n'avez pas le choix de savoir s'il faut oui ou non d'autres écoles, mais seulement le choix du genre d'école que vous voulez. Mais il est matériellement impossible d'empêcher qu'il s'en crée.

La question se pose d'une façon très nette : vaut-il mieux, pour l'intérêt de notre art, que l'organisation de l'instruction dentaire soit faite par les dentistes ou par l'Etat?

Nous qui avons déjà créé des écoles d'après les procédés employés en Angleterre et en Amérique, nous pensons qu'il vaut mieux pour les dentistes, au point de vue général de l'intérêt de notre profession, que cela continue ainsi, car les dentistes que nous créerons seront de meilleurs dentistes et pour notre art et pour le public.

Je veux vous suivre un peu sur votre terrain. Il y a, dites-vous, assez de dentistes et il n'y a pas besoin qu'il s'en crée d'autres.

Je suppose même que l'Etat ne crée pas d'ici longtemps de nouvelles écoles, que les dentistes n'en créent pas non plus. Vous n'empêcherez pas un groupe de confrères, trois médecins et un certain nombre de dentistes de se réunir et de créer une école s'ils le veulent.

S'ils se mettent dans les conditions prévues par les lois et décrets de 1875, 1880 et 1895 sur l'enseignement supérieur libre, vous ne pouvez rien empêcher.

Je suppose encore qu'il ne s'en crée pas en France ; la profession n'en sera pas plus fermée pour cela, car les dentistes viendront des écoles étrangères. Quand nous avons créé l'Ecole dentaire de Paris, c'était pour empêcher l'envahissement de notre profession par les médecins et les dentistes étrangers. Il y a un intérêt national à ce que ce soient plutôt des nationaux qui occupent les postes de la profession et que ces nationaux soient des dentistes créés selon nos programmes.

Donc je conclus en disant : il y aura création d'écoles dentaires en province ; vous ne pouvez que choisir s'il vaut mieux qu'elles soient créées par vous ou par l'Etat.

Aussi, applaudissant aux conclusions de M. Dubois, j'ajoute qu'il vaut mieux que ce soit vous qui créiez cet enseignement afin qu'il reste entre vos mains plutôt que de le laisser entre celles de l'Etat.

M. Vedrenne. — Je n'ai pas fait de personnalités. MM. Dubois et Godon ont dit qu'ils trouvent extraordinaire que ce soit moi qui défende cette question. Il y a certainement autant de désintéressement de mon côté que du leur, car je n'ai aucun intérêt. (*Bruit.*)

Je vous ferai remarquer que, de tout ce que vous avez dit, il ressort qu'il y a à Paris des écoles qui font des dentistes et vous ne m'avez pas prouvé que ces écoles de Paris n'en fournissent pas assez.

M. Seigle, de Bordeaux. — Nous demanderons à M. Vedrenne ce que deviendrait la profession de dentiste si tous les dentistes étaient de son avis.

M. Clerc, de Bordeaux. — J'appuie ce qu'a dit M. Vedrenne. Je n'ai rien préparé, mais je sais qu'il y a à Bordeaux 70 dentistes et que plus de la moitié végètent.

A mon avis l'école de Paris serait bien suffisante.

Quant aux médecins, il y en a les trois quarts qui meurent de faim et qui changeraient encore avec moi. (*Rires et bruit.*)

L'école de Paris est suffisante et il n'est pas utile que vous alliez nous empoisonner de dentistes. (*Rires.*)

Je suis plus libéral que vous ne le supposez. Pour moi cela m'est égal, je gagnerai toujours ma vie et je plains les pauvres jeunes gens que vous condamnerez à mourir de faim toute leur vie. (*Bruit prolongé.*)

M. le Dr Roy. — Je trouve, pour ma part, qu'il est regrettable que dans des débats semblables les questions d'intérêt exclusivement personnel jouent un rôle aussi considérable. Les sociétés professionnelles, et nous sommes un peu cela ici, doivent envisager les questions sur un terrain plus élevé.

Je me demande s'il est défendable de demander la diminution des dentistes. On dit qu'il y en a 70 à Bordeaux et qu'ils ont de la peine à vivre. Alors seraient-ils plus heureux s'ils n'étaient que 50 ?

Comme je l'ai déjà dit, les dentistes ont été créés pour les malades et c'est à ce seul point de vue que vous devez considérer la question.

Vous vous plaignez d'être trop nombreux aujourd'hui. Dans les villes il y a pléthore, mais à la campagne il y a pénurie. C'est toujours la même chose : on encombre les centres.

Un grand nombre de dentistes s'installent dans les villes, parce qu'ils trouvent plus agréable d'habiter la ville que la campagne. Mais il faut aussi regarder l'intérêt de la population.

On nous dit : il ne suffit pas de créer des dentistes, mais il faut voir aussi la façon dont ils pourront vivre. Ils ne seront pas si à plaindre que cela.

La preuve en est même dans ce que vient de dire un de ceux qui sont opposés au projet.

On nous disait que beaucoup de médecins changeraient bien volontiers leur situation avec celle des dentistes. Puisque les médecins jouissent par leur titre d'une certaine considération, n'hésitent pas à se faire dentistes parce qu'ils trouvent là une situation plus rémunératrice, les dentistes ne sont donc point si malheureux que cela et ils n'en sont pas encore à craindre l'envahissement de nouveaux confrères.

L'abondance des dentistes n'est pas d'ailleurs malfaisante, que je sache. Je ne suppose pas que nous soyons des gens à profession malfaisante pour qu'un confrère demande à ce que l'on ne nous *empoisonne pas de dentistes.*

Je vous ai indiqué le nombre des dentistes : il est d'environ 2.000 pour 38 millions d'habitants; cela fait pour chacun d'eux une belle clientèle.

Il y a par contre, je crois, 18 000 médecins. La différence est, vous le voyez, vraiment considérable. Quand vous serez 18 mille, vous serez peut-être trop, mais vous n'en êtes pas encore là !

M. Dubois, *rapporteur.* — Je fais une motion d'ordre : que les orateurs restent sur la première question.

Je crois qu'il y aurait avantage, pour le moment, à ce que la discussion se limitât à la première conclusion. Je crois cela plus avantageux.

Si mon tour de parole était arrivé, je répondrais aux différents orateurs, mais je ne prends le tour de personne. Je demande simplement si l'ordre de discussion que je vous propose est adopté.

M. Rousset, de Bordeaux. — Je ne dis qu'un mot. Nous voulons des écoles, mais qu'elles ne soient pas des boutiques.

M. le Dr Beltrami. — Je veux me placer à un autre point de vue, celui de l'instruction du public. Je vois dans les conclusions de M. Dubois qu'il est désirable qu'il se crée des écoles. Je crois qu'il y a certaines causes qui empêcheront qu'on puisse arriver au résultat voulu. Quant aux malades, on pourrait faire l'éducation du public et on gagnerait des malades; cela donnerait plus de clientèle, et tout cela serait dans l'intérêt du malade et dans celui du dentiste.

M. Dubois, *rapporteur.* — Je crois qu'il vaut mieux préciser les points et émettre un vote d'abord sur la 1re question, sur la 2e, la 3e, etc.

Je demande que M. le Président veuille bien consulter l'assemblée sur cette manière de discuter.

M. Guénard, *président.* — Messieurs, je vous propose de discuter article par article. *(Adopté.)*

M. Dubois, *rapporteur.* — A propos de la crainte exprimée que le nombre des 180 ou 200 étudiants dentistes qui existent dans les écoles dentaires de Paris ne soit considérablement augmenté, je répondrai que nous nous créons une concurrence et qu'il est même pro-

bable qu'il y aura un plus grand nombre d'étudiants, mais l'augmentation totale ne sera pas très considérable.

Notre première conclusion dit ceci :

« *Il est désirable qu'il se crée des écoles dentaires dans les grands centres régionaux, notamment dans les villes où il existe déjà un enseignement de la médecine.* »

Nous avons envisagé qu'il serait certainement fâcheux de voir ces écoles et cet enseignement se créer dans de mauvaises conditions au point de vue de la préparation aux examens.

Il faut aussi nous limiter et ne pas exagérer notre importance, c'est simplement un vœu que nous allons émettre. Nous n'avons pas à rédiger un article de loi. En dehors de nos vœux et de nos sentiments, des écoles peuvent se créer par d'autres moyens. Mais nous, assemblée de praticiens, nous disons : ce mode nous semble le meilleur, il présentera le plus d'avantages et le moins d'inconvénients.

Les écoles dentaires n'ont de chances de succès que dans les grands centres, dans les villes où il existe déjà un enseignement médical.

Il est bien évident que les restrictions formulées dans les articles suivants ont pour but d'entraver la fondation d'écoles sur le plan américain. Ces restrictions tendent à atténuer et même à supprimer les inconvénients, les abus que les écoles libres peuvent engendrer. Ils ne pourront pas se produire en France si vous prenez vous-même la direction de cet enseignement. (*Applaudissements.*)

Lorsque nous avons créé l'école dont j'ai été l'un des fondateurs, notre but était le relèvement professionnel, et cela au détriment même de nos intérêts, car en élargissant comme nous l'avons fait le champ des études odontologiques, nous avons augmenté le nombre de dentistes capables. Il fallait arriver à lutter avec avantages avec les dentistes étrangers qui étaient tout-puissants, car depuis un siècle en France, la profession a été abandonnée même parfois à des domestiques de dentistes.

Eh bien, messieurs, en créant l'école, nous avons relevé le niveau moral professionnel. Nous ne sommes plus des dentistes, mais des hommes considérés, car bien souvent il m'est arrivé d'être dans la société et quand on me demandait : « Que faites-vous ? » je n'osais pas dire: Je suis dentiste.

J'espère que dans quelques années chacun de nous pourra être glorieux d'être dentiste, mais pour cela la création des écoles était indispensable.

VOIX. — Ils le sont déjà, fiers d'être dentistes.

M. le Dr TOURTELOT. — M. Roy a dit qu'il fallait continuer à créer une grande quantité de dentistes. Eh bien, que les Parisiens tirent toute la couverture à eux et gardent leurs dentistes.

Je demande que l'assemblée examine cette question.

M. MICHEL, de Bordeaux. — La comparaison avec les médecins n'est pas à faire. Quel sera le sort des dentistes qui s'établiront dans les petites bourgades?

Les médecins ne peuvent tous être dans les grands centres, tandis que ceux-ci sont indispensables aux dentistes. (*Bruit.*)

M. Salmon, de Limoges. — Notre profession n'est pas comme les autres. On vend aujourd'hui beaucoup de porcelaine parce que tout le monde fait usage de porcelaine. Il y a cinquante ans on ne s'occupait pas du dentiste et personne ne songeait à remplacer une dent absente. Certainement il y aurait plus de dentistes qu'ils travailleraient encore, l'éducation du public augmentant au sujet des soins à donner à la bouche.

Les médecins ne gagnent pas lourd, car dans la plus petite bourgade où trois médecins pourraient subsister, il y en a quatre. C'est très regrettable pour eux d'être obligés de travailler à aussi bon compte.

Mais je ne vois pas pourquoi 5 ou 6.000 francs ne seraient pas suffisants pour un dentiste. Bien des ingénieurs, qui sont beaucoup plus instruits que nous, ne gagnent pas cette somme et ils habitent n'importe où on les envoie.

Je ne vois pas d'ailleurs pourquoi les dentistes habiteraient seulement dans les grandes villes.

J'ai habité St-Pétersbourg, Moscou, Vienne, etc... je parais jeune, mais j'ai trente ans (*Rires*), et maintenant j'habite depuis huit mois une petite ville de province, je suis le concurrent de notre collègue M. Nicholson, nous sommes en très bons termes, et je m'y trouve très bien. Je me contenterais encore des deux tiers de mes affaires, et qu'il vienne un collègue, je lui tendrais la main et lui dirais seulement : « Faites-vous payer cher. » (*Rires, Applaudissements.*)

M. Vedrenne. — Je pose une question, je demande si les écoles de Paris ne suffisent pas. On me dit, vous avez peur de la concurrence. Pourquoi alors vous, Parisiens, venez-vous créer des écoles en province? (*Bruit prolongé.*)

M. le Dr Roy. — Pour créer plus de dentistes. (*Bruit.*)

M. Salmon. — Et pour empêcher des domestiques de dentistes de se faire dentistes et de trafiquer de la profession. (*Bruit, Applaudissements.*)

M. Guénard, *président.* — Je mets l'article premier aux voix. (*Adopté.*)

Nous passons à la discussion de l'article 2.

M. le Dr Beltrami. — Messieurs, je pense que l'organisation proposée par M. Dubois n'est pas possible. Si nous examinons les conditions fixées par les derniers décrets, nous voyons à l'article 4 qu'il est nécessaire que les écoles disposent d'un laboratoire, de salles de travail, etc., en un mot de tout un local. Voyez à ce sujet l'article que je viens de citer.

Il est certain que l'école pourra toujours se procurer tout cela.

Mais il est une question plus importante, c'est celle de la dissection anatomique. Vous n'êtes pas sans savoir les difficultés élevées à Paris pour pouvoir assurer aux élèves des sujets de dissection. A Paris on se trouve encore dans des conditions spéciales par la reconnaissance qui est faite de l'école dentaire comme établissement

d'enseignement supérieur, car ces écoles sont en quelque sorte des déléguées de l'Etat et ce dernier ne fait rien pour elles.

Il n'en est pas moins vrai que ces écoles n'ont aucun droit d'accès dans l'enseignement supérieur d'Etat et c'est pour cela qu'elles ne peuvent mener leurs élèves à l'école de médecine.

A Paris on a trouvé le moyen pratique de se servir de Clamart, mais cette solution est toute spéciale. Les hôpitaux de province n'ont pas d'amphithéâtre, et d'ailleurs ils appartiennent à l'Etat.

Lorsque j'étais interne, il nous était interdit de nous livrer à la dissection dans les hôpitaux, et, quand nous voulions le faire, nous devions nous cacher, car il existe un règlement défendant la dissection dans les salles d'hôpital. Il y a donc là une difficulté matérielle très grande.

Dans ce même article des conclusions, il est dit : « Que les écoles dentaires libres, » etc...

Je ne puis pas m'inscrire en faux contre cela, cependant je crois qu'on ne peut pas le dire d'une façon si nette, car il nous manque un des deux termes de la comparaison. Nous ne pouvons pas prévoir ce que sera l'enseignement officiel puisqu'il n'a jamais été créé.

Nous ne pouvons pas nous livrer à des hypothèses, car le Conseil supérieur de l'instruction publique n'a jamais donné le plan qu'il appliquerait pour créer cet enseignement et je crains que ces vœux ne soient émis un peu trop tôt.

En tout cas il est certain que l'enseignement officiel, tel qu'il existe aujourd'hui, nous offrirait un avantage, celui de mener les étudiants dans les hôpitaux. De cette façon les dentistes seraient obligés de connaître le diagnostic médical et de connaître aussi un peu l'auscultation, et cela leur serait nécessaire pour savoir quand on doit employer les anesthésiques, puisqu'ils ont le droit de les administrer.

Il faut que l'étudiant puisse ausculter un poumon ou un cœur, car plus tard il faudra qu'il le fasse et cela lui serait impossible s'il ne l'avait appris.

Il est donc indispensable pour un dentiste d'assister quelquefois aux cliniques des hôpitaux et d'être appelé à faire des auscultations.

Au point de vue chirurgical, cela s'impose aussi bien que pour les besoins de la clinique médicale.

Pour cela, il faut que l'élève puisse donner un diagnostic, qu'il apprenne à reconnaître les maladies et c'est pour cela que l'enseignement officiel sera supérieur à l'enseignement libre qui met les élèves à l'écart des hôpitaux.

M. le Dr Roy. — Messieurs, je ne veux faire qu'une motion d'ordre : que tous ceux qui ont à parler parlent maintenant et que M. Dubois ferme la discussion, car c'est toujours le rapporteur qui doit avoir le dernier mot.

M. Dubois, *rapporteur*. — Je suis à la disposition de l'assemblée.

M. Godon. — Messieurs, avant que se termine le débat sur ce deuxième paragraphe et avant de répondre aux objections qui ont

été faites à l'organisation contraire, je voudrais dire en deux mots ce qui devait faire l'objet de ma communication et je vous lirai mes conclusions qui ont leur place tout indiquée ici.

J'ai appuyé très vivement la création des écoles dentaires en province. Je vous en ai dit les raisons.

Seulement, dans le cas où il y aurait, comme en Amérique ou en Angleterre, beaucoup d'écoles, j'aurais une certaine inquiétude, car il y aurait un danger auquel les propositions contenues dans ma communication ont pour but d'obvier.

M. Beltrami nous a dit que nous manquons de termes de comparaison. C'est une erreur; nous en avons puisque, en dehors de la France, il y a plusieurs écoles; il y en a 52 en Amérique et une dizaine en Angleterre, toutes libres et très florissantes.

Enfin nous trouvons tous les modèles d'écoles dentaires d'Etat en Allemagne, en Suisse, en Autriche. J'ai même appris dernièrement qu'il y en a une en Crimée. Pour avoir des modèles d'école dentaire, nous n'avons donc qu'à regarder à l'étranger.

Le système que nous préconisons, et que j'appuie, est le système adopté en Angleterre. En Amérique il y a un très grave inconvénient : c'est la trop grande multiplicité. Comme la fondation des écoles est laissée à la libre initiative des dentistes, il y a eu des groupes de fondateurs qui ont été inspirés par le désir de relever la profession et d'être utiles à l'intérêt général. Il y en a eu d'autres qui n'ont eu en vue que leur intérêt et le produit et qui ont été très faciles sur la délivrance des diplômes. On cite même un établissement qui envoyait ces diplômes par la poste. Tout cela présentait de graves inconvénients. Les Américains ont vu que les écoles qui agissaient ainsi jetaient le discrédit sur l'ensemble des écoles dentaires et que cela pouvait porter un coup funeste à la considération de la profession.

Ils ont alors senti la nécessité de se grouper en un vaste syndicat appelé « Association of the National dental faculties », lequel est une sorte de grand Conseil de l'ordre des écoles dentaires américaines.

Depuis quelques années qu'il fonctionne, il a beaucoup amélioré l'état des écoles dentaires en Amérique. Le nombre des écoles ne faisant pas partie du syndicat est très petit et ces écoles sont d'ailleurs discréditées et sans prestige.

C'est ainsi que les études qui pouvaient se faire en deux scolarités de cinq mois, se font, en 1896, en trois ans. Les programmes ont été augmentés. En sorte que les écoles faisant partie de ce syndicat se surveillent et que si l'une enfreignait la règle générale imposée à toutes, elle serait exclue.

Dans le cas où vous admettriez que les écoles dentaires doivent être libres, ce qui, à mon avis, serait la meilleure solution, je vous demanderai comme complément d'émettre le vœu qu'il soit formé entre les écoles un grand syndicat de l'enseignement dentaire duquel feraient partie des représentants de toutes les écoles dentaires. Ce syndicat fixerait pour toutes les écoles les mêmes règles pour

les inscriptions, les programmes, les examens et les diplômes.

Je ne vous propose pas, d'ailleurs, une chose nouvelle. Dans le cours de cette année l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique se sont unies et ont obtenu ainsi un résultat très important : l'admission de leurs élèves dans l'amphithéâtre des hôpitaux pour l'enseignement de la dissection.

Combien de difficultés qui existent encore pour les examens, les études recevraient ainsi une solution. Mais je ne veux pas abuser de votre temps et je me contente de vous proposer le vote du vœu que je vous ai indiqué.

M. Schwartz. — Je ne serai pas long. La question de la création d'une école dentaire a été agitée au sein de notre société à Nice par M. Camoins qui nous a présenté un long et détaillé rapport dont je vais vous donner les conclusions.

« Considérant les exigences matérielles qu'imposent le règlement et le décret ministériel ;

« Considérant en deuxième ligne la dépense considérable que peut entraîner la création d'une école dentaire », nous avons décidé que la société laisserait la chose de côté et qu'elle abandonnerait aux dentistes le soin de cette création.

M. Godon a soulevé tout à l'heure la question d'un grand syndicat général qui solidariserait toutes les sociétés et permettrait de parer aux exigences matérielles. Je n'y suis pas opposé, pas plus qu'à la création d'écoles en province.

M. le Dr Roy. — Messieurs, notre collègue M. Beltrami a envisagé les différentes raisons pour lesquelles l'enseignement dentaire était très difficile à organiser en province. La première difficulté signalée par lui est la dissection.

Je suis fâché pour lui et très heureux pour la cause que je défends de lui dire qu'il est dans l'erreur la plus complète. En effet, la dissection en province est beaucoup plus facile qu'elle ne l'est à Paris où les écoles dentaires ne sont pas déjà très mal partagées sous ce rapport. La faculté n'a refusé les élèves dentistes dans ses pavillons de dissection que par manque de cadavres et non pas parce que les élèves ne sont pas élèves d'une école d'Etat. Les élèves des écoles dentaires sont d'ailleurs à l'amphithéâtre de l'Assistance publique et ils ne sont pas en mauvaise compagnie, puisque la Faculté de médecine a été obligée, au même titre que les écoles dentaires, de demander la faveur d'être admise à cet amphithéâtre pour y envoyer ses élèves disséquer. Pour Paris la question est donc résolue.

En province ce sera beaucoup plus facile encore. Je me souviens que, lorsque je faisais mes études médicales, je me suis trouvé avec des camarades venant de province qui, devant la pénurie de cadavres, m'ont fait la remarque que le nombre de ceux-ci était beaucoup plus grand dans les écoles de médecine de province proportionnellement au nombre d'étudiants ; il y avait dans ces écoles un véritable gaspillage de cadavres : on en employait un tout entier pour la moindre des dissections.

On pourrait donc disséquer dans les Facultés de province, et comme celles-ci n'auraient rien créé, elles n'auraient pas de raison pour refuser ces élèves qui leur viendraient, d'autant plus que cela serait pour elles une source de revenu.

Ainsi que je vous l'ai déjà fait remarquer, la Faculté de Paris n'a refusé que par manque de cadavres et la raison n'était pas une échappatoire, puisqu'elle-même en manque pour ses élèves et qu'elle a dû s'adresser à la même sourc que nous.

M. Beltrami prétend que nous ne savons pas ce que sera l'organisation par l'État et il croit, pour sa part, à son succès.

Je suis d'un avis diamétralement opposé. Nous avons pris en France une habitude d'esprit détestable, dont nous ressentons malheureusement déjà les effets, et dont les résultats se feront sentir d'une façon funeste dans l'avenir, si cet état d'esprit ne se modifie pas : nous avons pris l'habitude de toujours nous adresser à l'Etat quand nous avons besoin de quelque chose. Nous avons encore de celui-ci une notion absolument fausse : nous nous figurons que lui seul est capable de tout faire et de faire bien. C'est une erreur grossière. Nous avons le bonheur d'avoir un certain côté indépendant. Je crois que nous devons nous en féliciter et non pas souhaiter l'aliénation de cette parcelle de liberté. Nous devons, au contraire, la développer et l'augmenter si c'est possible.

D'ailleurs ce n'est presque pas un paradoxe de dire que l'Etat gâte tout ce qu'il touche. (*Bruit.*) Je ne vous en citerai qu'un exemple tiré de la comparaison des Facultés de médecine françaises et étrangères. Il est vraiment malheureux de constater que les Facultés étrangères sont en train de dépasser les nôtres. Cette supériorité qu'elles acquièrent en ce moment, tient à ce qu'elles sont dues à l'initiative privée et qu'il y a entre elles libre concurrence. Un philosophe français a dit que l'association est l'âme du progrès. Eh bien, la concurrence est le mobile de ce progrès et c'est pour cela que l'on doit toujours chercher à développer l'initiative personnelle et s'affranchir dans la mesure du possible de la tutelle de l'Etat. (*Applaudissements répétés.*)

M. le Dr Dunogier. — Je tiens à protester contre ce que vient de dire M. Roy, lorsqu'il a l'air de croire que les écoles médicales étrangères sont supérieures aux nôtres. Je ne vois pas que les Allemands nous aient surpassés. Justement la faculté de Paris et toutes les écoles de France ont conservé un certain renom.

M. Dubois, *rapporteur*. — Messieurs, je remercie M. Beltrami de nous avoir plutôt fait une critique de détail qu'une attaque sur le fond à propos de la deuxième conclusion.

M. Beltrami nous a signalé en quelque sorte les difficultés, les lacunes de l'enseignement dentaire libre. Nous ne les nions pas.

Il nous a dit, par exemple, qu'il était assez difficile d'organiser la dissection. Pourtant, comme MM. Godon et Roy vous l'ont dit, cette difficulté a été surmontée dans les villes où les sujets manquent le plus. Malgré ces difficultés nous avons trouvé asile dans le laboratoire de l'Assistance publique et nous avons pu faire

instruire les élèves des écoles dentaires libres dans toutes les parties des programmes imposés.

Je crois que, si cela a été fait à Paris, malgré les difficultés matérielles qui s'opposaient à cette solution, puisque les étudiants en médecine n'ont pas de sujets de dissection en quantité suffisante, c'est beaucoup plus facile en province où tout peut s'arranger un peu en famille. Il sera facile, vu le petit nombre d'étudiants, d'accorder l'accès des laboratoires et services des Facultés aux douze, quinze ou vingt élèves au maximum de l'école dentaire et de leur permettre de travailler à côté de leurs camarades élèves en médecine.

M. Beltrami nous a parlé de la nécessité d'un stage dans les hôpitaux. Nous avons avant lui, en 1893, signalé cette nécessité, lorsque nous avons examiné les conditions de l'enseignement dentaire, et nous avions montré comme lui la nécessité pour l'étudiant dentiste d'un stage dans les hôpitaux. Nous sommes bien convaincu qu'avant peu cette solution s'imposera à l'Administration, aussi bien pour les écoles de Paris que pour les écoles qui pourraient se créer en province, et là encore, en province, je crois que la solution sera beaucoup plus simple et beaucoup plus facile qu'à Paris. Pourquoi donc cela? Vous savez tous, comme l'a dit M. Brouardel, qu'il y a pléthore d'étudiants à Paris et qu'il y a des Facultés de médecine de province qui manquent d'élèves. Pour ces dernières, elles seront très heureuses d'admettre un nouveau personnel étudiant et de lui accorder toutes les facilités possibles. Cet enseignement spécial, créé à côté du leur, leur fournira au moins un appoint de ressources dont elles ont besoin et je suis convaincu qu'en province les dentistes honorables, les dentistes offrant des garanties de respectabilité qui voudront, dans un but d'intérêt général, organiser l'enseignement de notre art, trouveront des facilités pour donner satisfaction à ce vœu très juste formulé par M. Beltrami. (*Applaudissements.*)

Je crois que M. Beltrami par ses études antérieures est très apte à nous signaler nos défectuosités actuelles en ce qui regarde le côté médical de notre profession. Il nous a dit : vos dentistes dans l'avenir n'auront-ils pas besoin de pratiquer l'auscultation? N'auront-ils pas besoin de savoir si un phlegmon est d'origine dentaire ou non, pour pouvoir intervenir d'une manière judicieuse? J'estime qu'il a raison, et je suis convaincu qu'il lui sera donné satisfaction dans un avenir prochain.

Mais il y a un autre point qu'il laisse dans l'ombre et qui nous importe non moins que les phlegmons du cou, c'est la grave préoccupation de voir aussi nos dentistes capables de faire leur métier et être habiles en dentisterie opératoire et en prothèse. Si nous voulons qu'ils ne se méprennent pas sur la cause d'un phlegmon, nous ne voulons pas non plus que ces dentistes soient insuffisants lorsqu'ils seront en présence d'une carie du quatrième degré. C'est en ce qui concerne notre thérapeutique spéciale, celle de tous les jours et de tous les instants, que les étudiants des écoles dirigées par les dentistes

seront le mieux armés et c'est grâce à cela qu'ils seront des dentistes capables. Il nous paraît très possible qu'il soit donné satisfaction dans un avenir prochain aux desiderata formulés par M. Beltrami tout en défendant l'école faite, comme je vous l'ai déjà dit, « par et pour les dentistes ».

M. Lot. — Une école dentaire est en voie de formation à Bordeaux et vous verrez que ses statuts et règlements intérieurs donneront satisfaction à tout le monde (*Applaudissements*).

M. le président. — Je mets aux voix la deuxième conclusion (*Adoptée*).

Quelqu'un a-t-il des observations à présenter sur la troisième conclusion ?

Je mets également cet article aux voix. (*Adopté.*)

M. Schwartz. — Je demande la parole sur la quatrième conclusion.

M. le président. — La parole est à M. Schwartz.

M. Schwartz. — L'initiative privée a un grave inconvénient : vous ne pourrez pas empêcher que n'importe qui ouvre une école sous sa seule responsabilité et ce sont justement ces écoles qui seront des boutiques d'exploitation.

M. Dubois, *rapporteur*. — L'article 4 prévoit précisément cet inconvénient.

M. Godon. — Ce sera l'initiative privée dirigée par les sociétés dentaires.

Nous insistons sur ce point qu'il ne peut se former une école qu'avec un groupe de dentistes s'appuyant sur une société professionnelle de dentistes, et c'est ce que dit le vœu présenté. Les écoles ne seront donc pas formées par le groupement de 4 ou 5 dentistes isolés, mais autant qu'il est possible avec le concours de sociétés, s'il s'en trouve dans la région.

M. Bretenoux. — On vient de dire qu'il serait heureux que les écoles dentaires s'établissent et fussent réglées par des sociétés de dentistes. Je comprends votre raisonnement qui est bien juste. Mais ce que vous ne dites pas, c'est qu'un groupe quelconque peut former une société.

Trois ou quatre groupes peuvent aussi se réunir et se constituer en société.

M. le Dr Nux. — Pour éviter les écoles multiples, il serait beaucoup plus simple d'établir un service dentaire dans un hôpital. Tout est prêt et les nouveaux étudiants se trouveraient avec les étudiants en médecine. Ils pourraient suivre simplement des cours spéciaux établis dans ce but, soit avec des dentistes attachés à l'hôpital, soit avec des dentistes de la ville. Cela vaudrait toujours mieux que de créer deux enseignements.

M. le Dr Roy. — La solution est très satisfaisante, et pour ma part elle n'aurait pas lieu de me déplaire, étant donné que je suis dentiste des hôpitaux de Paris. Mais je dois avouer que la chose n'est pas pratique et donnerait des résultats déplorables. Les conditions dans lesquelles ce service existe maintenant ne permettent

pas une organisation telle qu'elle devrait être comprise. Ce serait donc une faute, car ce service ne dispose que d'une somme restreinte et d'un matériel restreint. L'Assistance publique ne faisant pas de l'*enseignement*, mais de l'*assistance*, ne peut pas fournir les fonds nécessaires à une organisation de ce genre.

D'ailleurs il faut reconnaître qu'un homme, si savant soit-il, peut faire utilement de l'enseignement sur certains points, mais ne peut le donner sur toutes les matières. Un seul professeur est insuffisant, il en faut un certain nombre. Quant aux dentistes pratiquant, ils sont pour la plupart peu aptes à faire des professeurs, il faut pour cela s'y consacrer. C'est pour cela que, dans les conditions actuelles, l'organisation de l'enseignement dentaire complet dans les hôpitaux n'est pas praticable.

M. le Dr Beltrami. — M. Roy est un peu exclusif. Je crois qu'il ne rallierait pas l'avis de ses collègues. Demandez à vos collègues s'ils sont capables de donner un enseignement. Ce que je pense, moi, peut être négligé ; cependant les dentistes n'ont pu être consultés sur ce sujet, et il ne pourrait m'être répondu d'une façon satisfaisante par personne, car ces dentistes n'ont donné leur avis pas plus à vous qu'à moi.

M. le Dr Nux. — Pour ma part, je n'ai pas voulu dire que le fonctionnement en question existe. Mais à présent il est plus simple de modifier au lieu de fonder tout à nouveau. Plus il y a de professeurs dans une école, mieux cela vaut. Mais je dis qu'on peut tout aussi bien l'organiser dans un hôpital.

M. le Dr Roy. — On m'a reproché d'avoir parlé en mon nom personnel et sans consulter mes collègues. Je dis simplement que je suis sûr de ce que j'ai avancé et je le répète, bien que ce ne soit peut-être pas l'avis de mes collègues, et j'espère que personne ne doutera de ma sincérité. (*Bruit.*)

Ma parole a pu dépasser ma pensée. Je ne suis pas avocat et il peut m'échapper certaines expressions excessives. Je n'ai évidemment pas le droit de suspecter la sincérité de qui que ce soit, mais, moi qui ai pu me rendre compte des nécessités d'un enseignement dentaire rationnel, il est de mon devoir de déclarer ce que je considère comme l'expression de la vérité.

M. le Dr Beltrami. — Je ne doute pas de la sincérité de M. Roy, pas plus que lui, je l'espère, ne doute de la mienne. Mais il a omis une chose, c'est que toutes ces discussions entre nous n'ont aucune sanction et que c'est purement pour l'édification des masses. Dans ces conditions, il est certain que si les services, tels qu'ils ont été composés, ne doivent répondre qu'à des conditions pratiques, ils sont insuffisants. On dit qu'il n'y a qu'un seul professeur. Si on organisait ces services, il n'y aurait pas qu'un seul professeur. A ce moment la Faculté délivrera des inscriptions et alors, si vous parlez du nombre des professeurs, vous aurez tous les professeurs de la Faculté et vous aurez aussi les dentistes des hôpitaux. Je crois que ce sera supérieur à ce que pourrait donner n'importe quelle école.

Vous contestez la valeur des services actuels. Mais si le gouverne-

ment accepte une pareille chose, il accordera une certaine somme et améliorera ces services en un an ou deux. D'ailleurs, ils se borneraient à l'enseignement pratique, car les Facultés donneraient l'enseignement théorique.

M. Godon. — Je ne suis pas de l'avis de M. Beltrami, lorsqu'il dit que nos délibérations sont sans sanction. Nous sommes, au contraire, une fraction professionnelle importante. Les vœux que ce congrès émet auront une certaine influence près des pouvoirs publics. Vous n'ignorez pas que vous êtes en République, que vous êtes électeurs, que vous avez une action électorale et que l'Administration tient compte, dans une certaine mesure, de vos décisions. Si l'on tient compte des vœux d'un syndicat de cochers, de mineurs, etc. je ne vois pas pourquoi on refuserait d'écouter un syndicat de dentistes. Pour citer un exemple, une société a émis le vœu que les fonds demandés pour l'organisation de l'enseignement dentaire officiel ne soient pas accordés et elle l'a obtenu. Ce n'est pas une personnalité, mais une association qui est venue dire : nous pensons que telle mesure ne doit pas être appliquée.

Les députés ont pensé que du moment qu'une association professionnelle parlait de cette façon, il y avait un intérêt et ils ont refusé les crédits. Il n'est donc pas juste de dire que nous sommes sans sanction.

Permettez-moi d'insister sur la valeur des déclarations de M. le Dr Roy. Mon ami M. Roy a été successivement apprenti dentiste, élève, puis diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, chef de clinique ; il est devenu docteur en médecine, dentiste des hôpitaux. Vous voyez quelle situation très heureuse il a pour nous éclairer. Il peut parler des mêmes choses que M. Beltrami et peut, en plus, nous parler des services dentaires des hôpitaux qu'il connaît comme titulaire d'un service.

Je tenais à vous signaler cette situation. (*Bruit.*)

M. le Dr Beltrami. — Je demande à M. le Président de rappeler M. Godon à l'article du règlement dans lequel il est dit qu'on ne doit pas faire de personnalité.

M. Godon. — M. Nux nous a dit qu'il était facile d'organiser dans les hôpitaux un service dentaire. Eh bien, cette organisation peut se faire sans empêcher la création des écoles dentaires qu'elle ne saurait remplacer. Mais il est plus simple que les écoles dentaires envoient leurs élèves dans les hôpitaux pour y suivre uniquement les cliniques de médecine et de chirurgie. Nous prendrons ainsi à l'hôpital ce qu'il pourra nous donner. Nous avons déjà demandé l'admission de nos élèves dans les services de dissection et l'Administration nous a dit : « Moyennant soixante francs par an, vous pourrez envoyer vos élèves dans les laboratoires de mes hôpitaux ». S'il en est de même dans toutes les écoles de médecine de province, les services dentaires seront faciles à créer.

M. le Dr Roy. — Ce que j'ai dit tout à l'heure a soulevé de vives protestations, cependant ce que j'ai exposé devant vous a été dit à peu de chose près par M. Magitot.

M. Dubois, *rapporteur*. — Messieurs, par notre quatrième conclusion nous vous signalons les inconvénients que peut entraîner la création en général de l'école d'origine exclusivement personnelle et individuelle, qui est le système américain. Nous vous demandons, non pas de formuler un article de loi, car nous n'avons pas les gendarmes à notre disposition pour empêcher M. Pierre ou M. Paul de créer une école, ou M. Pierre en société avec M. Paul d'en créer une autre. Nous ne pouvons pas faire cela, mais nous pouvons formuler dans cette grande réunion un vœu disant que nous n'accorderons notre appui qu'à des écoles formées par des sociétés professionnelles afin qu'elles ne dégénèrent pas en œuvres nuisibles à la profession elle-même. Nous vous signalons cela et c'est ce que nous vous avons déjà dit. Si vous votez cette conclusion, vous vous engagez en quelque sorte à ne pas envoyer vos enfants, vos élèves, dans une école qui n'offrirait pas de garanties d'honorabilité professionnelle. Voilà le sens de notre quatrième conclusion. Là-dessus il s'est greffé une discussion un petit peu à côté et on vous a signalé la possibilité de la solution de l'enseignement dentaire par les services des hôpitaux. Eh bien ! il y a là des inconvénients évidents, des inconvénients qu'on ne nie pas dans l'état actuel et on sent la nécessité d'améliorer celui-ci pour pouvoir utiliser les hôpitaux de manière à y former des dentistes capables, comme nous comprenons les dentistes modernes. La preuve en est dans ce qu'ont fait les Anglais eux-mêmes. Ils avaient à Londres un service d'hôpital tout fait et cependant on a créé une école dentaire dans cet hôpital même, on a nommé un corps enseignant spécial, on a créé un ensemble de cours au moment où il y avait déjà à Londres deux écoles concurrentes.

Nous pensons que l'enseignement donné dans une clinique d'hôpital ne répond pas à nos besoins. Il y a beaucoup à faire, toute une organisation spéciale à créer pour que l'hôpital puisse devenir un centre d'instruction pour les dentistes. On vous dit qu'il faudrait que le gouvernement fît des sacrifices d'argent. Il faudrait aussi que vous, dentistes, qui n'avez pas de titres médicaux, pussiez avoir accès dans ces services de par vos seuls titres professionnels. Il faudrait véritablement que l'état d'esprit fût réformé pour que cela fût admis. Si nous ne nions pas la valeur enseignante et pratique de nos confrères docteurs en médecine, nous demandons qu'ils ne nient pas non plus la valeur pratique et enseignante de ceux qui n'ont pas fait d'études médicales et qu'ils demandent avec nous au gouvernement d'instituer un concours exclusivement professionnel pour la nomination dans les services d'hôpitaux qui, ainsi que les écoles dentaires, ont leurs fonctions particulières.

C'est quand tout cela sera organisé que l'union professionnelle sera réellement faite.

Dans l'état actuel des choses, nous sommes obligés d'aller au plus pressé, c'est pourquoi nous vous demandons de voter les résolutions que nous vous proposons. Celle qui est en discussion a pour but de montrer le caractère anti-professionnel de toute école,

quelle qu'elle soit, d'où qu'elle vienne, qui serait organisée sur le type américain (*Applaudissements*).

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix la quatrième conclusion du rapport de M. Dubois (*Adoptée*).

J'ai aussi à vous soumettre un amendement de M. Godon qui est ainsi conçu :

L'assemblée émet le vœu que, dans le cas où il se créerait des écoles dentaires libres en province, il soit créé en même temps un syndicat général des écoles dentaires.

Quelqu'un a-t-il des observations à faire ?

M. LE Dr ROY. — Je propose de supprimer les mots « en province » ; il vaut mieux que cela fût général, car les écoles dentaires vont avoir le privilège de délivrer des inscriptions et...

M. LE Dr BELTRAMI. — Je crois pouvoir affirmer que c'est sous la garantie de l'Etat que sont délivrées les inscriptions, par conséquent une école dentaire ne peut... (*Bruit prolongé.*)

M. LE Dr ROY. — Je ferai observer une chose très importante : les écoles dentaires se proposent de rehausser le niveau de la profession. Et vous voulez toujours que l'Etat intervienne, l'Etat qui n'est peut-être pas très compétent pour juger des questions spéciales. Vous n'empêcherez pas que certaines écoles n'augmentent d'une façon trop grande les facilités d'inscription, ce qui serait nuisible au point de vue pratique et ce que l'Etat ne serait pas très apte à juger. Quant aux élèves, ils iraient dans une école pour avoir des inscriptions plus faciles et le niveau baisserait. C'est ce qu'empêchera l'organisation proposée par M. Godon.

M. DUBOIS, *rapporteur*. — Messieurs, M. Godon vous propose de commencer par où les écoles américaines ont fini après trente ans d'expérience. Il demande qu'il soit créé une surveillance professionnelle pour ces écoles.

Quoi que M. Beltrami puisse en penser, l'Etat n'a pas les yeux d'Argus, et je ne suis pas convaincu que certaines écoles qui se formeront n'aient pas un respect bien grand pour les règlements et que ceux-ci ne deviendront insuffisants.

Si vous créez en quelque sorte ce Sénat des écoles, il est bien évident que vous enlevez encore là un moyen de plus à ce que l'école dégénère en boutique. C'est là notre préoccupation et il saute aux yeux que cet amendement importe beaucoup, car ces questions d'inscriptions et d'études sont véritablement une confirmation de ce que vous avez adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement Godon (*Adopté*).

M. DUBOIS, *rapporteur*. — Je vous demande maintenant de vouloir bien adopter l'ensemble des conclusions (*Adopté*).

La séance est levée à 6 h. 1/2.

NÉCROLOGIE

J. E. GARRETSON

Garretson était connu des dentistes et des chirurgiens, car il participait à l'art des uns et des autres. Il dirigeait à Philadelphie l'une des écoles dentaires les plus fréquentées, le « *Philadelphia Dental college* » ; son ouvrage *A System of oral Surgery* est un livre classique en Amérique et mérite de l'être.

Ses connaissances en art dentaire lui firent adapter le tour de Bonwill aux usages chirurgicaux. Garretson a servi avec un certain éclat l'art de guérir en montrant toute l'importance de la chirurgie orale et en signalant les rapports pathologiques des dents avec les os qui les soutiennent, ainsi qu'avec les organes voisins.

NOUVELLES

Le douzième Congrès international de médecine se tiendra à Moscou dans la première quinzaine d'août 1896.

NOMINATION A L'AMPHITHÉATRE DE CLAMART

Nous apprenons avec plaisir la nomination comme répétiteur d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux, spécialement chargé de l'enseignement aux élèves des écoles dentaires, de M. Friteau, professeur suppléant de pathologie buccale à l'Ecole dentaire de Paris.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Conseil d'administration pour 1896

MM. Quénot, président.
Bonnard, Bruel, } vice-présidents.
Stévenin, secrétaire général.
Dubrai, secrétaire adjoint.
Rollin, trésorier-archiviste.
Richard-Chauvin, Jacowski, de Marion, Bonnet, Bertaux, Hervochon, } conseillers.

TABLE MÉTHODIQUE
DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SOCIÉTÉS DIVERSES

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL DE 1895.

CONGRÈS DIVERS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

REVUE DE L'ÉTRANGER

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

LIVRES ET REVUES

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

VARIA

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

INDEX ALPHABÉTIQUE